

AUS DER KLINIK UND POLIKLINIK FÜR PSYCHIATRIE UND PSYCHOTHERAPIE  
DER LUDWIG-MAXIMILIANS-UNIVERSITÄT MÜNCHEN

Direktor: Prof. Dr. med. Peter Falkai

**Veränderung und Zusammenhang von Depression und Selbstwert  
im Rahmen einer kognitiv-verhaltenstherapeutischen Selbstwertgruppe**

Dissertation  
zum Erwerb des Doktorgrades der Humanbiologie  
an der Medizinischen Fakultät der  
Ludwig-Maximilians-Universität zu München



vorgelegt von  
**Annekatrin Nadjiri, geb. Gärke**  
aus  
Lingen (Ems)

2018

MIT GENEHMIGUNG DER MEDIZINISCHEN FAKULTÄT  
DER UNIVERSITÄT MÜNCHEN

Berichterstatter:	Prof. Dr. med. Frank Padberg
Mitberichterstatter:	Prof. Dr. med. Axel Steiger
Mitbetreuung durch die promovierte Mitarbeiterin:	Dr. Dipl.-Psych. Nina Sarubin
Dekan:	Prof. Dr. med. dent. Reinhard Hickel
Tag der mündlichen Prüfung:	11.06.2018

# Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>EINLEITUNG</b>	<b>- 1 -</b>
<b>1.1</b>	<b>Depression und Selbstwert .....</b>	<b>- 2 -</b>
1.1.1	Depression.....	- 2 -
1.1.2	Selbstwert.....	- 3 -
1.1.3	Niedriger Selbstwert und dessen Bedeutung für die Genese der Depression .....	- 5 -
1.1.4	Hoher Selbstwert und dessen Bedeutung für die Therapie der Depression .....	- 8 -
<b>1.2</b>	<b>Behandlung depressiver Störungen .....</b>	<b>- 9 -</b>
1.2.1	Kognitive Verhaltenstherapie (KVT).....	- 10 -
1.2.2	Gruppentherapie.....	- 10 -
<b>1.3</b>	<b>Selbstwertstärkung.....</b>	<b>- 12 -</b>
1.3.1	Studienlage zur Selbstwertstärkung und Veränderung depressiver Symptomatik.....	- 13 -
1.3.2	Weitere Studien zur Selbstwertstärkung im kognitiv-verhaltenstherapeutischen Gruppenkontext.....	- 14 -
<b>1.4</b>	<b>Folgerungen aus dem Forschungsstand und Zusammenfassung .....</b>	<b>- 16 -</b>
<b>1.5</b>	<b>Fragestellung und Hypothesen.....</b>	<b>- 17 -</b>
1.5.1	Fragestellungen .....	- 17 -
1.5.2	Hypothesen .....	- 17 -
<b>2</b>	<b>MATERIAL UND METHODIK</b>	<b>- 18 -</b>
<b>2.1</b>	<b>Studiendesign.....</b>	<b>- 18 -</b>
<b>2.2</b>	<b>Studienteilnehmer .....</b>	<b>- 18 -</b>
2.2.1	Einschlusskriterien.....	- 19 -
2.2.2	Ausschlusskriterien .....	- 20 -
2.2.3	Abbruchkriterien .....	- 20 -
<b>2.3</b>	<b>Material .....</b>	<b>- 20 -</b>
2.3.1	Messinstrumente .....	- 20 -
<b>2.4</b>	<b>Studienablauf.....</b>	<b>- 23 -</b>
2.4.1	Messzeitpunkte .....	- 23 -
2.4.2	Rahmen und Inhalte der Gruppentherapie .....	- 25 -
2.4.3	Risiken und Nebenwirkungen der Gruppentherapie und der Datenerhebung.....	- 26 -
<b>2.5</b>	<b>Statistische Methoden .....</b>	<b>- 27 -</b>
2.5.1	Depressive Symptomatik .....	- 27 -
2.5.2	Selbstwert.....	- 28 -
2.5.3	Statistische Auswertung weiterer Einflussfaktoren .....	- 29 -

<b>3</b>	<b>ERGEBNISSE</b>	<b>- 31 -</b>
<b>3.1</b>	<b>Ein- und Ausschlüsse .....</b>	<b>- 31 -</b>
<b>3.2</b>	<b>Klinische und demographische Daten der Studienpopulation.....</b>	<b>- 32 -</b>
<b>3.3</b>	<b>Depressive Symptomatik .....</b>	<b>- 35 -</b>
3.3.1	Veränderung depressiver Symptomatik .....	- 35 -
3.3.2	Einfluss von Selbstwert auf depressive Symptomatik .....	- 37 -
<b>3.4</b>	<b>Selbstwert.....</b>	<b>- 38 -</b>
3.4.1	Veränderung von Selbstwert und Einfluss von depressiver Symptomatik auf Selbstwert .....	- 38 -
<b>3.5</b>	<b>Weitere Einflussfaktoren auf die Veränderung der depressiven Symptomatik und des Selbstwertes .....</b>	<b>- 40 -</b>
3.5.1	Einflussfaktoren auf die Veränderung depressiver Symptomatik.....	- 40 -
3.5.2	Einflussfaktoren auf die Veränderung des Selbstwertes .....	- 45 -
<b>4</b>	<b>DISKUSSION</b>	<b>- 48 -</b>
<b>4.1</b>	<b>Beantwortung der Forschungsfragen.....</b>	<b>- 48 -</b>
<b>4.2</b>	<b>Limitationen und Forschungsperspektiven .....</b>	<b>- 57 -</b>
<b>4.3</b>	<b>Praktische Implikationen und Schlussfolgerungen.....</b>	<b>- 60 -</b>
<b>5</b>	<b>ZUSAMMENFASSUNG</b>	<b>- 61 -</b>
<b>6</b>	<b>LITERATURVERZEICHNIS</b>	<b>- 63 -</b>
<b>7</b>	<b>ANHANG</b>	<b>- 71 -</b>
<b>7.1</b>	<b>Tabellenanhang .....</b>	<b>- 71 -</b>
7.1.1	Tabellenanhang: Einflussfaktoren auf die Veränderung der depressiven Symptomatik ...-	71 -
7.1.2	Tabellenanhang: Einflussfaktoren auf die Veränderung des Selbstwertes .....	- 74 -
<b>7.2</b>	<b>Abkürzungsverzeichnis.....</b>	<b>- 78 -</b>
<b>7.3</b>	<b>Patientenaufklärung und Einverständniserklärung .....</b>	<b>- 79 -</b>
<b>7.4</b>	<b>Handout Gruppenkonzept.....</b>	<b>- 81 -</b>
<b>7.5</b>	<b>Selbstwertgruppe: Therapeutenmanual .....</b>	<b>- 82 -</b>
<b>8</b>	<b>DANKSAGUNG</b>	<b>- 99 -</b>
	<b>EIDESSTATTLICHE VERSICHERUNG</b>	<b>- 100 -</b>

## **Abbildungsverzeichnis**

<b>Abbildung 1:</b> Flussdiagramm: Diagramm über die Teilnahme der Patienten an Gruppensitzungen und Messzeitpunkten sowie Einschluss in die Studie.....	31 -
<b>Abbildung 2:</b> Veränderung des BDI Mittelwertes über alle Messzeitpunkte hinweg.....	35 -
<b>Abbildung 3:</b> MSWS Mittelwert vor und nach Teilnahme an der Selbstwertgruppe .....	39 -
<b>Abbildung 4:</b> Response im BDI in Abhängigkeit vom Body Mass Index .....	42 -
<b>Abbildung 5:</b> Response im BDI in Abhängigkeit von der Anzahl psychiatrischer Diagnosen.....	43 -
<b>Abbildung 6:</b> Response im BDI in Abhängigkeit von der Einnahme von Antipsychotika.....	44 -
<b>Abbildung 7:</b> Differenzwert MSWS und Datensplit am Median.....	45 -
<b>Abbildung 8:</b> MSWS Differenzwert (T4-T0) in Abhängigkeit vom Body Mass Index .....	46 -

## **Tabellenverzeichnis**

<b>Tabelle 1:</b> Übersicht über erhobene Daten und Messinstrumente.....	- 21 -
<b>Tabelle 2:</b> Ablaufdiagramm.....	- 23 -
<b>Tabelle 3:</b> Klinische Daten der Studienteilnehmer bei der Prä-Messung (T0) .....	- 33 -
<b>Tabelle 4:</b> Medikation der Patienten (N= 147) bei Studienteilnahme .....	- 34 -
<b>Tabelle 5:</b> Ergebnisse der inversen linearen gemischten Wachstumsanalyse .....	- 37 -
<b>Tabelle 6:</b> Mittelwertvergleich der klinischen und demographischen Daten bei Response, Partieller Response und Non-Response im BDI .....	- 41 -
<b>Tabelle 7:</b> Ergebnisse der Post-hoc-Tests: Bonferroni-korrigierte paarweise Vergleiche .	- 44 -
<b>Tabelle 8:</b> Mittelwertvergleich der klinischen und demographischen Daten des am Median gesplitteten MSWS Differenzwertes (T4-T0) .....	- 46 -

# **1 Einleitung**

Depressive Erkrankungen bilden die weltweit führende Ursache für erkrankungsbedingte Lebensqualitätseinschränkungen und nehmen global stetig zu, trotzdem bleibt die Behandlungssituation noch recht unbefriedigend (WHO, 2012, 2017a). Um eine Remission wahrscheinlicher zu machen, besteht die Notwendigkeit Interventionsmaßnahmen unter Berücksichtigung der Pathogenese weiterzuentwickeln und Betroffene für die Inanspruchnahme einer Behandlung zu motivieren. Depressive Erkrankungen hängen eng mit dem eigenen Selbstwert zusammen. Es gibt konsistente Belege dafür, dass ein negativer Selbstwert auslösend für depressive Symptomatik wirkt (Sowislo & Orth, 2013). Gleichzeitig wird ein positiver Selbstwert als Resilienzfaktor angesehen. Der Zusammenhang zwischen Selbstwert und Depression wirft die Vermutung auf, dass Interventionen mit dem Ziel der Selbstwertstärkung depressive Symptome verringern könnten. Selbstwertstärkung ist zudem eines der von Patienten am häufigsten genannten Therapieziele (Brockmann, Schlüter & Eckert, 2003). Somit nimmt die Stärkung des Selbstwertes inzwischen einen unabkömmlichen Stellenwert in der Psychotherapie ein. Bisher evaluierte kognitiv-verhaltenstherapeutische Interventionen zur Selbstwertstärkung deuten Verbesserungen depressiver Symptome und des Selbstwertes an (u.a. Kunikata, Yoshinaga & Nakajima, 2016a; Rigby & Waite, 2006). Nicht zuletzt im psychiatrischen Kliniksetting bietet es sich an, entsprechende Interventionen in Form einer Gruppentherapie anzubieten, um so möglichst viele Patienten zu erreichen.

Nachfolgend wird in der Einleitung ein Überblick über bisherige Forschungserkenntnisse hinsichtlich der Beziehung zwischen Depression und Selbstwert gegeben, bisherige Studienergebnisse bezüglich Depressionsbehandlung und Selbstwertstärkung zusammengefasst sowie aus den bisher existierenden Erkenntnissen konkrete Forschungsfragen und -hypothesen abgeleitet.

## **1.1 Depression und Selbstwert**

### **1.1.1 Depression**

Die Depression gehört zu den häufigsten und belastendsten Krankheiten weltweit gemessen an den Krankheitsjahren (YLD = Years Lived with Disability) (WHO, 2017a). Die Lebenszeitprävalenz einer unipolaren Depression bei Erwachsenen wird auf 16-20% geschätzt, die Punktprävalenz bei 18- bis 65-Jährigen auf 5,6% (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde/DGPPN, 2015). Das Leiden an einer depressiven Störung erhöht deutlich das Risiko für andere komorbide psychische Erkrankungen wie Angststörungen oder Substanzmissbrauch, als auch für somatische Erkrankungen wie Diabetes oder Herzkrankheiten (WHO, 2017b). Enorme Gesundheitseinschränkungen und große Verminderungen des allgemeinen Funktionsniveaus sind somit Folgen für Betroffene (WHO, 2017a). Etwa 50-85% der Patienten entwickeln im Laufe ihres Lebens ein oder mehrere Rezidive, wobei mit jeder weiteren depressiven Episode das Wiedererkrankungsrisiko, die Therapieresistenz sowie das Risiko eines chronischen Verlaufs steigen (DGPPN, 2015; Kempermann, Henke, Sasse & Bauer, 2008). Das Suizidrisiko bei Patienten mit Depression ist um mehr als das 30-fache erhöht gegenüber dem Risiko der Personen ohne ein depressives Störungsbild (DGPPN, 2015). Obwohl es zahlreiche Präventions- und Behandlungsmaßnahmen für Depressionen gibt, werden laut Weltgesundheitsorganisation (WHO, 2017b) mindestens 75% aller Patienten, die unter einer Depression leiden, nicht adäquat behandelt.

Diese Fakten veranschaulichen, dass ein immenser Bedarf besteht, entsprechende Therapiemaßnahmen zur Behandlung von Depressionen unter Berücksichtigung der Pathogenese weiterzuentwickeln, um die Wahrscheinlichkeit einer Remission zu erhöhen. Ein einzelnes umfassendes und empirisch belegtes Erklärungsmodell, welches die Entstehung von depressiven Störungen erklärt, besteht in der Forschungsliteratur aktuell nicht. Bisher wird die



Depressionsgenese durch biologische, psychologische und soziale Faktoren mit verschiedenen Theorien aus den genannten Disziplinen sowie deren Zusammenwirken im Sinne eines biopsychosozialen Modells erklärt (Thase, 2009; Brakemeier, Normann & Berger, 2008, Tandler, 2014). Ein Faktor, dem in einer Vielzahl an Erklärungsmodellen eine große Relevanz zugesprochen wird und welcher als begünstigend für Depressionen identifiziert wurde, ist der Selbstwert (Sowislo & Orth, 2013; Tandler, 2014).

### **1.1.2 Selbstwert**

#### *1.1.2.1 Definition von Selbstwert*

Der Selbstwert lässt sich als Wert definieren, den sich eine Person selbst zuschreibt und kann sowohl positiv als auch negativ – bzw. hoch oder niedrig – ausgeprägt sein (Potreck-Rose & Jacob, 2008; Frey, 2015). Er ist ein subjektiver Wert, bei welchem insbesondere die affektive Bewertung der eigenen Person im Vordergrund steht (Leary & Baumeister, 2000; Brown & Marshall, 2006). Ein gesunder, positiver Selbstwert bedeutet eine ausgeglichene Sichtweise auf sich selbst zu haben, bei einem niedrigen Selbstwert ist die Sicht auf sich selbst negativ gefärbt und eigene Fehler, Schwächen und Unzulänglichkeiten stehen bei der Selbstbewertung im Vordergrund (Fennell, 2016). Der Selbstwert beinhaltet eine sich selbst akzeptierende oder aber ablehnende Haltung, die das Ausmaß anzeigt, in dem sich eine Person als bedeutsam, fähig oder erfolgreich empfindet. Er ist also eine individuelle Einschätzung des eigenen Wertes, welche durch die eigene Haltung sich selbst gegenüber ausgedrückt wird (Coopersmith, 1967).

In dieser Forschungsarbeit wird der Selbstwert entsprechend dieser Definitionen als Ausmaß der persönlichen hohen ( $\hat{=}$  positiven) oder niedrigen ( $\hat{=}$  negativen) affektiven Selbsteinschätzung verstanden.

### *1.1.2.2 Entstehung und Entwicklung von Selbstwert*

Der Selbstwert kann als ein dynamischer Wert gesehen werden, welcher beeinflussbar ist und sich verändern kann, trotzdem aber auch eine gewisse Kontinuität aufweist (Chung, Robins, Trzesniewski, Nofle, Roberts & Widaman, 2014). Diverse Faktoren haben einen Einfluss auf die Entwicklung des Selbstwertes. Die Selbstbewertung scheint direkt beeinflusst zu werden durch verschiedene Lebensereignisse: Der Zusammenhang zwischen negativen Lebensereignissen und einem niedrigen Selbstwert wird durch mehrere Autoren bestätigt (Orth & Luciano, 2015; Fennell, 2005; Low, Jones, MacLeod, Power & Duggan, 2000). Insbesondere traumatische Ereignisse (Kashdan, Uswatte, Steger & Julian, 2006; Low et al., 2000) als auch andere negative zwischenmenschliche Ereignisse wie der Kontaktverlust zu einem guten Freund (Kashdan et al., 2006), soziale Zurückweisung oder Ausschluss aus einer sozialen Gruppe (Leary, Tambor, Terdal & Downs, 1995) werden als Faktoren beschrieben, die den Selbstwert negativ beeinflussen. Laut Cooley (1902) hängt der Selbstwert davon ab, wieviel soziale Unterstützung und Anerkennung ein Mensch erhält. Auch positive Erfahrungen, beispielsweise in Form von persönlichem Erfolg oder Wahrnehmung eigener Fähigkeiten und Kompetenz, tragen zu einer wohlwollenden Selbstbewertung und einer optimistischen Einschätzung zukünftiger Herausforderungen bei (Sandmeier, 2005; Nicholls, 1984).

Zusätzlich wird dem Selbstwert eine genetische Komponente zugesprochen: Die Erblichkeitsrate umfasst dabei nach aktuellem Forschungsstand eine große Spannweite mit Studienergebnissen von 29% bis 73% (Saphire-Bernstein, Way, Heejung, Sherman & Taylor, 2011; Caprara et al., 2009; Kendler, Gardner & Prescott, 1998).

### **1.1.3 Niedriger Selbstwert und dessen Bedeutung für die Genese der Depression**

Aufgrund der zentralen Bedeutung des Selbstwertes für das Wohlbefinden, war der Zusammenhang zwischen Selbstwert und affektiven Störungen, insbesondere Depressionen, bereits Gegenstand mannigfaltiger Untersuchungen (Kuster, Orth & Meier, 2012; Brown & Moran, 1997; Metalsky, Joiner, Hardin & Abramson, 1993; Kernis, Grannemann & Mathis, 1991) und wurde darüber hinaus durch Literaturreviews und Metaanalysen belegt (Sowislo & Orth, 2013; Zeigler-Hill, 2011).

Verschiedene Depressionsmodelle sehen einen niedrigen Selbstwert sowohl als zentralen Faktor für die Entstehung einer Depression sowie die Erhöhung des Selbstwerts gleichzeitig als wichtigen Bestandteil im Rahmen einer interdisziplinären Therapie depressiver Erkrankungen. Gemäß dem kognitiven Erklärungsmodell von Beck (1967) werden Depressionen verursacht durch eine kognitiv verzerrte Sicht der Realität. Hierzu zählt auch die negative Sicht der eigenen Person, welche auch einen negativen Selbstwert miteinschließt. Kuster, Orth und Meier (2012) stellten fest, dass ein niedriger Selbstwert zu anhaltendem Grübeln über sich selbst, insbesondere über negative Geschehnisse, die der eigenen Person widerfahren, führen würde, was wiederum eine niedergedrückte Stimmung und Passivität verstärke und somit einen Risikofaktor für Depressionen darstellen würde. Laut Greenberg, Watson und Goldmann (1998) würden Menschen depressive Symptome entwickeln, wenn durch aversive Erfahrungen maladaptive, emotionale Schemata aktiviert werden würden, die ein negatives Selbstwertgefühl fördern. Auch Fennell (2005) beschreibt, dass insbesondere durch frühe negative Lebensereignisse eine „Bottom Line“, eine negative Grundüberzeugung des eigenen Wertes, entwickelt wird, welche durch neue kritische Erlebnisse aktiviert wird und dann wiederum die vorhandenen negativen Grundüberzeugungen verstärkt. Eine Person mit niedrigem Selbstwert verarbeitet dabei neue Informationen kongruent mit dem eigenen Selbstbild, was Selbstkritik und Hoffnungslosigkeit verstärkt und so depressive Symptome

fördert (Fennell, 2005). Auch Schütz und Sellin (2003) verstehen den Selbstwert als zentrales Element der Selbstregulation bei Informationsverarbeitungsprozessen. Eine aktuelle Übersichtsarbeit stellt dar, dass Defizite hinsichtlich Selbstregulationsstrategien bei negativen Gefühlen zu anhaltendem niedergedrückten Affekt führen, welcher den Hauptsymptomen der Depression angehört (Joormann & Stanton, 2016). Darüber hinaus zählt der Selbstwert bzw. die Selbstwerterhöhung und der Selbstwertschutz neben Grundbedürfnissen wie z.B. Bindung und Autonomie als eine zentrale Bedürfnisdimension und dient dazu, Handlungsimpulse und damit verbundenes Verhalten entstehen zu lassen, welches Beachtung, Verständnis und Wertschätzung zur Folge haben könne (Sulz & Müller, 2000; Grosse Holtfort & Grawe, 2004). Wird dieses Grundbedürfnis nach einem hohen Selbstwert jedoch nicht erfüllt oder gar verletzt, kann ein ausgeprägtes Vermeidungsverhalten als Schutz vor wiederholten Verletzungen entstehen, was zu einer mangelhaften Bedürfnisbefriedigung und schlechtem Wohlbefinden führen und psychische Störungen, so auch Depressionen, begünstigen kann (Grosse Holtfort & Grawe, 2004).

Neben der Bedeutung, die dem Selbstwert in verschiedenen Erklärungsmodellen der Depression beigemessen wird, stellt mangelndes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen nach den Klassifikationssystemen ICD-10 und DSM-IV ein eigenes Diagnosekriterium einer depressiven Episode innerhalb der affektiven Störungsbilder dar (Dilling & Freiberger, 2008; American Psychiatric Association, 1994), was dessen Wichtigkeit unterstreicht.

#### *1.1.3.1 Vulnerabilitäts- und „Scar“-Modell*

Zwar beschreiben verschiedene Theorien und Erklärungsmodelle einen niedrigen Selbstwert als wesentlich für die Entstehung depressiver Symptome (u.a. Beck, 1967; Kuster, Orth & Meier, 2012; Greenberg, Watson & Goldmann, 1998), allerdings ergibt sich beim näheren Betrachten der empirischen Befunde bezüglich der Kausalität der Relation ein eher inkonsistentes Bild (Tandler, 2014). Zwei Modelle werden in der Literatur bezüglich der

Beziehung von Selbstwert und Depression vorrangig diskutiert: Das Vulnerabilitätsmodell und das „Scar“-Modell. Gemäß dem Vulnerabilitätsmodell stellt ein niedriger Selbstwert einen Risikofaktor für Psychopathologie dar (Beck, 1967; Zeigler-Hill, 2011). Das „Scar“-Modell hingegen postuliert niedrigen Selbstwert als eine Konsequenz von Psychopathologie (Zeigler-Hill, 2011). Laut diesem Modell würden psychische Störungen psychologische Ressourcen verringern und „Narben“ hinterlassen, die verzerren, wie Personen sich selbst einschätzen und fühlen, was zu geringem Selbstwert führen würde.

Das „Scar“-Modell gilt als kontrovers, wird durch bisherige Studien weniger unterstützt als das Vulnerabilitätsmodell und gefundene Effektstärken hinsichtlich des Zusammenhangs mit Depression sind geringer (Sowislo & Orth, 2013; Steiger, Fend & Allemand, 2015). Ein Bestehen beider Modelle nebeneinander ist allerdings möglich (Orth & Robins, 2013). Bezüglich des Vulnerabilitätsmodells sind die Forschungsergebnisse konsistenter und belegen, dass ein negativer Selbstwert einen Auslöser für die Entwicklung depressiver Symptome darstellen kann (Rieger, Göllner, Trautwein & Roberts, 2016; Orth, Robins, Widaman & Conger, 2014; Sowislo & Orth, 2013; Orth, Robins, Trzesniewski, Maes & Schmitt, 2009; Orth, Robins & Roberts, 2008). Orth und Kollegen (2014) konnten zudem den prädiktiven Einfluss eines negativen Selbstwertes nicht nur bestätigen, sondern fanden ergänzend heraus, dass verschiedene Faktoren wie belastende Lebensereignisse, soziale Unterstützung oder Mobbing diesen Zusammenhang nicht konfundierten. Ein niedriger Selbstwert wurde zudem als stabiler Risikofaktor für Depressionen unabhängig vom Geschlecht sowie in allen Lebensphasen über die gesamte Lebensdauer eines Erwachsenen hinweg erkannt und konnte unter Verwendung von unterschiedlichen Selbstwert- und Depressionsmessinstrumenten sowie bei verschiedenen Stichproben bestätigt werden (Sowislo & Orth, 2013; Orth et al., 2009).

Da ein niedriger Selbstwert somit eine Entstehungsursache für depressive Symptome darstellt, liegt die Vermutung sehr nahe, dass im Umkehrschluss gezielte Selbstwertstärkung zur Verbesserung der depressiven Symptomatik beitragen könnte. Steiger, Fend und Allemann (2015) postulieren, dass Interventionen zur Steigerung des Selbstwertes mehr Aufmerksamkeit gewinnen sollten als die Senkung der depressiven Symptomatik, da sich der Vulnerabilitätseffekt stärker zeigt als der „Scar“-Effekt. Dies genauer zu untersuchen, ist von hohem psychotherapeutischen Nutzen, um zukünftig eine noch effektivere (Psycho-)Therapie von depressiven Störungen zu ermöglichen.

#### **1.1.4 Hoher Selbstwert und dessen Bedeutung für die Therapie der Depression**

Neben der maßgeblichen Rolle des niedrigen Selbstwertes im Zusammenspiel mit depressiven Störungen, kann ein hoher Selbstwert im Gegenzug als Resilienzfaktor bzw. schützender Faktor gegen die Entwicklung depressiver Symptome verstanden werden (Zander, 2011; Baumeister, Campbell, Krueger & Vohs, 2003; Buckner, Mezzacappa & Beardslee, 2003; Dumont & Provost, 1999). Entsprechend der „Buffer“-Hypothese ist ein hoher Selbstwert ein „Stresspuffer“ und ist assoziiert mit Glücksgefühlen, initiativem Verhalten sowie funktionalen Bewältigungsstrategien (Baumeister, 2005; Thoits, 1995). Bewältigungsstrategien, wie beispielsweise die Planung nächster hilfreicher Schritte, die Erarbeitung hilfreicher Kognitionen, die Umsetzung positiver Aktivitäten oder auch Akzeptanz sind essentiell, um mit negativen Lebensereignissen umgehen zu können und schützen so vor depressiven Symptomen (Garnefski, Kraaij & Spinhoven, 2001). Laut Mullis und Chapman (2000) fördere ein hoher Selbstwert funktionale problem- und lösungsorientierte Bewältigungsstrategien, während ein niedriger Selbstwert mit emotionsfokussierten Bewältigungsstrategien und somit der Vermeidung von Problemen zusammenhängen würde.

Folglich ist in der psychotherapeutischen Behandlung depressiver Störungen die Stärkung des Selbstwertes ein wichtiges Therapieziel (Jacob & Potreck-Rose, 2008; Hogg & Deffenbacher,

1988). Aktuelle Studien weisen darauf hin, dass die Steigerung des Selbstwertes das Potential hat, eine Reduktion von negativen und eine Steigerung von positiven Gefühlen bei depressiven Patienten zu bewirken, da der Fokus auf individuellen Ressourcen und dem Erwerb von Bewältigungsstrategien liegt (Potreck-Rose & Jacob, 2008). Interventionen, die der Selbstwertstärkung dienen, werden von mehreren Autoren aufgrund des belegten Zusammenhangs zwischen Selbstwert und Depression für die Depressionsbehandlung empfohlen (Steiger et al., 2015; Suzuki & Tomoda, 2015; Sowislo & Orth, 2013).

## **1.2 Behandlung depressiver Störungen**

Entsprechend der beschriebenen Erkenntnisse hinsichtlich des Zusammenhangs zwischen Selbstwert und Depression scheint einer der wichtigsten Teile in der psychotherapeutischen Depressionsbehandlung die Optimierung des Selbstwertes zu sein. Gemäß den nationalen Versorgungsleitlinien für unipolare Depressionen (DGPPN, 2015) werden vier bevorzugte Behandlungsstrategien beschrieben, die je nach Schweregrad der aktuellen depressiven Episode zu wählen sind: Aktiv-abwartende Begleitung, psychotherapeutische Behandlung, medikamentöse antidepressive Behandlung sowie Kombinationstherapie aus Psychotherapie und medikamentöser antidepressiver Behandlung. Bei einer Evaluation einer Therapiegruppe, die im stationären psychiatrischen Setting stattfindet, ist davon auszugehen, dass ein Großteil der Patienten mindestens an einer mittelgradigen depressiven Episode erkrankt ist, bei der eine Kombinationstherapie indiziert ist (DGPPN, 2015). Eine psychotherapeutische Gruppe als Ergänzung zur überwiegend pharmakologischen Behandlung im stationären psychiatrischen Kliniksetting kann somit als sehr sinnvoll erachtet werden, nicht zuletzt, da sich die Kombination von Psychotherapie und Pharmakotherapie in verschiedenen Metaanalysen als effizienteste Behandlungsmethode für Patienten mit depressiven Störungen erwiesen hat (Karyotaki et al., 2016; Cuijpers, van Straten, Schuurmans, van Oppen, Hollon & Andersson, 2010).

### **1.2.1 Kognitive Verhaltenstherapie (KVT)**

Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) stellt nachweisbar eine effektive Behandlung für Depressionen dar (Cuijpers, Berking, Andersson, Quigley, Kleiboer & Dobson, 2013; Cuijpers et al., 2010; Hautzinger, 1993). Im metaanalytischen Vergleich wurde eine etwas bessere Effektivität von kognitiv-verhaltenstherapeutischen Gruppen gegenüber psychodynamischen Gruppentherapien festgestellt (McDermut, Miller & Brown, 2001). Nachdem die Verhaltenstherapie im Ursprung vor allem symptomorientiert war, nehmen inzwischen Ressourcenaktivierung, Achtsamkeit und Akzeptanz in der „dritten Welle“ der Verhaltenstherapie einen immer größeren Stellenwert ein (Hau, Huber, Klug, Benecke & Löffler-Stastka, 2015; Heidenreich & Michalak, 2013). Den Fokus nicht nur auf die Problembewältigung zu legen, sondern eine optimale Balance zwischen problem- und ressourcenorientierten Interventionen zu schaffen, wird als essentiell für die Wirksamkeit einer Psychotherapie erachtet (Smith & Grawe, 2003). Eine KVT-Selbstwertgruppe, in der einerseits durch Ressourcenaktivierung und andererseits durch z.B. kritische Auseinandersetzung mit eigenen dysfunktionalen Kognitionen auf diese Balance geachtet wird, sollte somit optimal für die Depressionsbehandlung sein. In verschiedenen KVT-Programmen zur Behandlung depressiver Störungen, sowohl bei Jugendlichen als auch Erwachsenen, bildet die Selbstwertsteigerung eines von mehreren Therapiemodulen (Naab, Hauer, Voderholzer & Hautzinger, 2015; Hautzinger, 2013; Margraf & Schneider, 2009).

### **1.2.2 Gruppentherapie**

Die Wirksamkeit psychotherapeutischer Gruppen gilt als belegt (Burlingame, Fuhrman & Mosier, 2003). Auch in einer kognitiv-verhaltenstherapeutischen Gruppentherapie zeigt sich, dass diese nachweisbar als effektive Behandlungsmaßnahme für Depressionen gelten kann (Moore, Carr & Hartnett, 2016; Hautzinger & Welz, 2004; McDermut et al., 2001; Hogg & Deffenbacher, 1988). Zudem erweist sich Gruppenpsychotherapie als gleichermaßen effektiv



wie Psychotherapie im Einzelsetting (McDermut et al., 2001). Daher ergibt sich für weitere Forschungsperspektiven die Evaluation von Gruppentherapie als logische Konsequenz, immerhin bieten Gruppen neben dem positiven therapeutischen Effekt zusätzlich die Möglichkeit möglichst viele Patienten im Kliniksetting zur gleichen Zeit zu erreichen (McDermut et al., 2001). Darüberhinausgehend bietet eine Gruppe weitere wichtige vorteilhafte Wirkfaktoren: Sie dient in Form eines sozialen Mikrokosmoses als Übungs- und Beziehungsfeld und ermöglicht unter anderem interpersonales Lernen, korrektive emotionale Erfahrungen, das Erleben von Gruppenkohäsion sowie wechselseitige Hilfe und Unterstützung (Grawe, 1980; Yalom, 1995). Gruppentherapie kann somit neben der therapeutischen Beziehung zwischen Patient und Therapeut, welche als einer der wichtigsten Wirkfaktoren in der Psychotherapie gilt (DGPPN, 2015; Cahill, Paley & Hardy, 2013; Lambert & Barley, 2001; Holm-Hadulla, 2000), einen wesentlichen interpersonalen, sozialen Wirkfaktor ansprechen, was im Einzeltherapiesetting in derartiger Form nicht möglich ist. Eine Psychotherapiegruppe zur Steigerung von Selbstwert und Verringerung depressiver Symptomatik erscheint sinnvoll, da sie negative Beziehungserfahrungen, die zur Entstehung eines niedrigeren Selbstwertes und somit auch zur Depressionsgenese beitragen können (Li, Zhang, Liu & Cao, 2013; Leary, Tambor, Terdal & Downs, 1995), durch das soziale Eingebundensein in die Gruppe korrigieren kann.

Neben dem nachgewiesenen positiven Einfluss von kognitiver Verhaltenstherapie und Gruppentherapie auf depressive Symptome, legen verschiedene Studien und Reviews einen zusätzlichen Effekt der KVT-Depressionsbehandlung auf die Steigerung des Selbstwertes dar (Tayler & Montgomery, 2007; Hogg & Deffenbacher, 1988).

### **1.3 Selbstwertstärkung**

Die Stärkung des Selbstwertes ist eines der von Patienten mit depressiven als auch anderen psychischen Erkrankungen am häufigsten genannten Therapieziele (Brockmann et al., 2003; Dick, 2002; Berking, Dreesen & Jacobi, 2004). Da viele depressive Patienten zögern, therapeutische Hilfsangebote wahrzunehmen (WHO, 2012), könnte eine Interventionsmaßnahme, die dem persönlichen Ziel so weit wie möglich entspricht, die Inanspruchnahme einer Therapie wahrscheinlicher machen. So nimmt die Selbstwertstärkung inzwischen einen bedeutenden Teil in verschiedenen Therapieansätzen, u.a. der kognitiven Verhaltenstherapie, bei der Behandlung psychischer Erkrankungen ein (Zeigler-Hill, 2011). Haney und Durkal (1998) stellten fest, dass Interventionen, deren direkter Fokus auf der Selbstwertstärkung lag, effektiver waren hinsichtlich der Steigerung des Selbstwertes als Therapieprogramme, die ein anderes Ziel verfolgten (z.B. Aufbau sozialer Kompetenzen) und so indirekt Einfluss auf den Selbstwert haben sollten.

Da in einigen Studien ein positiver Effekt der psychotherapeutischen Depressionsbehandlung auf den Selbstwert festgestellt wurde (Tayler & Montgomery, 2007; Hogg & Deffenbacher, 1988) und ein enger Zusammenhang zwischen Selbstwert und Depression besteht, stützt dies neben der Beachtung des Vulnerabilitätsmodells die Annahme, dass umgekehrt die Selbstwertstärkung ebenfalls einen Einfluss auf die depressive Symptomatik haben kann. Da sich nicht zuletzt wegen dieser engen Relation einige Elemente der typischen selbstwertsteigernden- und depressionsverringernenden Interventionen wie insbesondere kognitive Umstrukturierung oder Aktivitätsaufbau überschneiden (Jakob & Potreck-Rose, 2008), und die Steigerung des Selbstwertes häufig einen wesentlichen Teil der Depressionsbehandlung bildet (Naab et al., 2015; Hogg & Deffenbacher, 1988), scheint zudem die Wahrscheinlichkeit hoch, dass eine Gruppe zur Selbstwertstärkung die depressive Symptomatik verringern kann.

### **1.3.1 Studienlage zur Selbstwertstärkung und Veränderung depressiver Symptomatik**

Eine große Anzahl an Studien belegen den Zusammenhang von Selbstwert und Depression sowie den Einfluss von geringem Selbstwert auf die Genese depressiver Störungen und heben in der Folge die Notwendigkeit der Entwicklung entsprechender therapeutischer Maßnahmen zur Selbstwertstärkung hervor (Sowislo & Orth, 2013; Zeigler-Hill, 2011; Orth et al. 2009; Orth et al., 2006). Trotzdem sind Evaluationen von KVT-Selbstwertgruppen bei Patienten mit Depressionen noch rar bzw. die bisherigen Ergebnisse aufgrund deutlicher Limitation kritisch zu betrachten.

Die Effektivität einer von Hakim-Larson und Mruk (1997) evaluierten Selbstwertgruppe wurde hinsichtlich einer Steigerung des Selbstwertes belegt, die Auswirkung auf depressive Symptome wurde jedoch in dem störungsunspezifischen Setting nicht untersucht. Morton, Roach, Reid und Stewart (2012) evaluierten eine KVT-Gruppe mit Fokus auf Selbstwertstärkung, an der jedoch ausschließlich weibliche Probanden teilnahmen, die unter einem niedrigen Selbstwert und verschiedenen psychischen Störungsbildern litten. Zwei weitere Studien (Kunikata et al., 2016a; Kunikata, Yoshinaga, Shiraishi & Okada, 2016b) evaluierten KVT-Selbstwertgruppen bei Stichproben ebenfalls bestehend aus Patienten mit verschiedenen psychischen Diagnosen. Die Teilnahme an den evaluierten KVT-Selbstwertgruppen (Morton et al., 2012; Kunikata et al., 2016a; Kunikata et al., 2016b) bewirkte bei diesen Patientengruppen eine signifikante Erhöhung des Selbstwertes und eine signifikante Verringerung der Schwere der depressiven Symptomatik. Die Schwere der depressiven Symptomatik wurde dabei allerdings bei allen Probanden unabhängig vom Störungsbild, also nicht ausschließlich bei depressiven Patienten, gemessen. Auch Rigby und Waite (2006) evaluierten eine KVT-Selbstwertgruppe, jedoch ohne jegliche Angabe von psychischen Diagnosen. Auch sie konnten eine signifikante Steigerung des Selbstwertes

sowie eine signifikante Verringerung depressiver Symptomatik feststellen. Entsprechend dieser Ergebnisse führte auch KVT im Einzelsetting mit Fokus auf Selbstwertstärkung zu einer Erhöhung des Selbstwertes und einer Reduktion depressiver Symptomatik bei Patienten mit unterschiedlichen psychischen Störungsbildern (Waite, McManus & Shafran, 2012).

Evaluationen von kognitiv-verhaltenstherapeutischen Ansätzen mit Fokus auf Selbstwertstärkung, die Auswirkungen sowohl auf den Selbstwert als auch auf die depressive Symptomatik untersuchten, umfassten somit bisher vor allem Patientenstichproben mit unterschiedlichen Störungsbildern inklusive depressiven Störungen, bei denen bei der Auswertung nicht zwischen den Störungsbildern differenziert wurde oder die Angabe von Diagnosen fehlte (Kunikata et al., 2016a, 2016b; Morton et al., 2012; Waite et al., 2012; Rigby & Waite, 2006). Da die Arbeit am Selbstwert bei Patienten mit verschiedenen psychischen Diagnosen eine Selbstwertstärkung und eine Reduktion depressiver Symptome bewirkte (Kunikata et al., 2016a, 2016b; Morton et al., 2012; Waite et al., 2012; Rigby & Waite, 2006), kann die systematische Stärkung des Selbstwertes als transdiagnostischer Ansatz verstanden werden. Um jedoch Zusammenhänge zwischen Selbstwert und Depression besser zu begreifen und entsprechende Symptome zukünftig gezielter behandeln zu können, wurde in dieser Arbeit der Fokus ausschließlich auf depressive Patienten gelegt, was aktuell – gemäß den Erkenntnissen der Autorin – ein Alleinstellungsmerkmal der vorliegenden Studie ist. Eine Selbstwertgruppe mit ausschließlich depressiven Studienteilnehmern konnte von der Autorin nicht in den gängigen Datenbanken wissenschaftlicher Studien gefunden werden.

### **1.3.2 Weitere Studien zur Selbstwertstärkung im kognitiv-verhaltenstherapeutischen Gruppenkontext**

Das in der vorliegenden Forschungsarbeit der Selbstwertgruppe zugrundeliegende Manual von Potreck-Rose und Jacob (2008) wurde bisher nicht systematisch evaluiert. Es konnten zwei Studien bezüglich Selbstwertstärkung im KVT-Gruppenkontext gefunden werden,

welche Bausteine aus früheren Editionen des Manuals zur Selbstwertstärkung von Potreck-Rose und Jacob (2004, 2007) verwendeten (Jacob, Richter, Lammers, Bohus & Lieb, 2006; Krüger & Erm, 2010). Die Kombination der psychotherapeutischen Elemente, die in den Gruppen angewandt wurde, ist zu großen Teilen vergleichbar mit derjenigen Kombination, die dieser Studie zugrunde liegt. Folgende Elemente überschneiden sich: Psychoedukative Einführung bezüglich Selbstwert, kognitive Umstrukturierung, Aufbau positiver Aktivitäten und Achtsamkeit. Ein Effekt auf depressive Symptomatik wurde in früheren Studien zu diesem Manual bislang nicht untersucht. Krüger und Erm (2010) stellten eine signifikante Zunahme der positiven Selbstbewertung bei den teilnehmenden Patienten fest. Kritisch anzumerken ist dabei, dass die Stichprobe lediglich zehn Teilnehmer umfasste und keine Angabe psychischer Diagnosen erfolgte. Das Selbstwertmodul, welches Jacob und Kollegen (2006) evaluierten, wurde als Element einer störungsspezifischen Psychotherapie für Patientinnen mit emotional-instabiler Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ angewandt. Eine Evaluation erfolgte ausschließlich mittels kurzer Feedbackbögen zur Bewertung des Moduls und nicht mit standardisierten Messinstrumenten. Da bei 40 Teilnehmerinnen nur acht Teilnehmerinnen die Feedbackbögen vollständig ausgefüllt haben, mussten die Autoren auf eine detaillierte Ergebnisdarstellung verzichten, gaben aber an, dass die Teilnehmerinnen insgesamt hoch zufrieden gewesen seien mit dem Modul (Jacob et al., 2006).

Zusammenfassend ist festzustellen, dass die bisherige Studienlage hinsichtlich Studien mit zur vorliegenden Forschungsarbeit vergleichbaren Therapiebausteinen eine positive Veränderung bezüglich der Selbstbewertung bei Teilnahme an einer KVT-Selbstwertgruppe andeutet (Krüger & Erm, 2010; Jacob et al., 2006). Die diesbezügliche Studienlage ist aufgrund der ausschließlich sehr kleinen Stichproben aber nicht repräsentativ und somit nicht aussagekräftig, sodass es weiterer Studien mit größerem Stichprobenumfang bedarf.

## **1.4 Folgerungen aus dem Forschungsstand und Zusammenfassung**

Basierend auf den aktuellen Studienbefunden, die belegen, dass ein niedriger Selbstwert zur Entstehung einer Depression führen kann und welche darauf hinweisen, dass eine kognitiv-verhaltenstherapeutische (KVT) Selbstwertgruppe den Selbstwert steigern und depressive Symptome reduzieren kann, wurde eine nicht-randomisierte, naturalistische, manualisierte (Potreck-Rose & Jacob, 2008) KVT-Selbstwertgruppe mit dem Ziel der Selbstwertstärkung bei depressiven Patienten durchgeführt.

Das Manual von Potreck-Rose und Jacob (2008) wurde ursprünglich für die Verwendung im Einzelpsychotherapiesetting erstellt, sodass eine angepasste Version für ein therapeutisches Gruppensetting in dieser Studie angewandt wurde. Nach Seligman (1995) ist das vorliegende Studiendesign repräsentativ für den klinischen Praxisalltag. Das verwendete Behandlungskonzept hat das Potenzial den Selbstwert zu steigern, da es unter anderem ressourcenorientierte Interventionen und Bewältigungsstrategien beinhaltet, die den für die Entstehung eines niedrigen Selbstwertes relevanten Problemen entgegenwirken. Die Durchführung des angepassten Selbstwertmanuals von Potreck-Rose und Jacob (2008) in einem Gruppen- statt im Einzelsetting bewirkt zudem, dass nicht nur viele Patienten zur gleichen Zeit erreicht werden, sondern auch, dass sie neue Erfahrungswerte gegenüber früheren potentiell negativen sozialen Erfahrungen sammeln können, die häufig ursächlich für die Genese eines niedrigen Selbstwertes sind (Li et al., 2013; Leary et al., 1995; Cooley, 1902).

Zum aktuellen Zeitpunkt liegt keine systematische Evaluation des Behandlungsmaterials von Potreck-Rose und Jacob (2008) in einer vergleichbaren Stichprobe vor. Zudem gibt es nur eine geringe Anzahl an Evaluationen von Gruppentherapien im stationären psychiatrischen Setting (McDermut et al., 2001). Die dargelegte Evaluation ist früheren Studien aufgrund der Homogenität des Vorliegens einer depressiven Diagnose, der Größe der Stichprobe, des

Einbezugs von sowohl weiblichen als auch männlichen Teilnehmern sowie der Verwendung von standardisierten Messinstrumenten zur Messung der relevanten Kriterien deutlich weniger limitiert. Die vorliegende Studie bietet somit eine große Chance, neue Erkenntnisse über die Therapie der Depression und die Zusammenhänge zwischen Selbstwert und Depression zu gewinnen.

## **1.5 Fragestellung und Hypothesen**

### **1.5.1 Fragestellungen**

#### *Fragestellung 1:*

Inwiefern verändert sich die Schwere der depressiven Symptomatik bei Teilnahme an der kognitiv-verhaltenstherapeutischen (KVT) Selbstwertgruppe?

#### *Fragestellung 2:*

Inwiefern verändert sich die Höhe des Selbstwertes bei Teilnahme an der kognitiv-verhaltenstherapeutischen (KVT) Selbstwertgruppe?

Es wird überprüft, inwiefern depressive Symptomatik und Selbstwert miteinander zusammenhängen, ob sich Veränderungen bezüglich depressiver Symptomatik und Veränderungen im Selbstwert gegenseitig beeinflussen und von welchen weiteren Parametern Veränderungen der depressiven Symptomatik und des Selbstwertes abhängen.

### **1.5.2 Hypothesen**

#### *Hypothese 1:*

Bei Teilnahme an der kognitiv-verhaltenstherapeutischen (KVT) Selbstwertgruppe wird die depressive Symptomatik verringert.

#### *Hypothese 2:*

Bei Teilnahme an der kognitiv-verhaltenstherapeutischen (KVT) Selbstwertgruppe wird der Selbstwert gesteigert.

## **2 Material und Methodik**

### **2.1 Studiendesign**

Bei dieser Forschungsarbeit handelte es sich um eine prospektive Längsschnittstudie. Die Studie wurde in der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Ludwig-Maximilians-Universität (LMU) München (Nußbaumstraße 7, 80336 München) durchgeführt. Die Genehmigung für die Durchführung der Studie wurde ordnungsgemäß bei der lokalen Ethikkommission der Medizinischen Fakultät der LMU eingeholt. Die Studie wurde unter Berücksichtigung der Grundsätze der aktuellen Fassung der Deklaration von Helsinki durchgeführt (World Medical Association, 2013). Jedes studienbedingte Vorgehen wurde ausschließlich bei Verständnis und schriftlicher Zustimmung der Teilnehmer ausgeführt. Die Gruppenleiter der kognitiv-verhaltenstherapeutischen (KVT) Selbstwertgruppe leiteten die Therapiegruppe im Rahmen ihrer Tätigkeit als klinische Psychologen an der LMU München.

### **2.2 Studienteilnehmer**

Alle Studienteilnehmer wurden in der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Ludwig-Maximilians-Universität München (Nußbaumstraße 7, 80336 München) rekrutiert. Sowohl Patienten in stationärer als auch in teilstationärer Behandlung wurden in die Studie eingeschlossen. Die Patienten wurden durch den jeweils behandelnden Psychiater gemäß der ICD-10- (Dilling & Freyberger, 2012) und DSM-IV-TR- (American Psychiatric Association, 1994) Diagnosekriterien diagnostiziert. Hierzu wurde das Strukturierte Klinische Interview für DSM-IV, Achse I für Psychische Störungen, (SKID I; Wittchen, Wunderlich, Gruschwitz & Zaudig, 1997) verwendet. Eingeschlossen in die Studie wurden ausschließlich Patienten mit einem depressiven Störungsbild (siehe 2.2.1), wobei die Teilnahme an der Therapiegruppe auch für Patienten mit anderen Diagnosen möglich war,



insofern diese nicht unter die Ausschlusskriterien fiel (siehe 2.2.2). Die Anmeldung für die Gruppe erfolgte durch den zuständigen Psychiater. Nach erfolgter Anmeldung führte der zuständige Gruppenleiter (ein Psychologe) ein etwa 45-minütiges Einzelgespräch mit jedem der Patienten. In dem Vorgespräch erhielt jeder Studienteilnehmer eine Patienteninformation, in der alle Bestandteile und Vorgehensweisen der Studie erklärt wurden, eine Einverständniserklärung sowie eine Themen- und Inhaltsübersicht der Selbstwertgruppe (siehe Anhang). Sobald der jeweilige Proband mit der Teilnahme an der Studie einverstanden war und die Einverständniserklärung unterzeichnet hatte, wurden ihm die Termine für die Durchführung der einzelnen Studienbestandteile an der Psychiatrischen Klinik der LMU mitgeteilt.

Die Probanden erhielten für die Teilnahme an der Studie keine Vergütung.

### **2.2.1 Einschlusskriterien**

Folgende Einschlusskriterien für die Studienteilnahme wurden festgelegt:

- Stationäre und teilstationäre Patienten (die Aufnahme in die Klinik erfolgte zuvor unabhängig von der Studienteilnahme)
- Vorliegen einer schriftlichen Einverständniserklärung des Patienten
- Vorliegen einer depressiven Episode innerhalb einer affektiven Störung oder Vorliegen einer Dysthymia (diagnostiziert nach ICD-10: F31.3-5, F32.0-3, F33.0-3, F34; nach DSM-IV: 296.2, 296.3, 296.5, 300.4)
- Teilnahme an mindestens zwei Sitzungen der Selbstwertgruppe sowie an mindestens zwei Messzeitpunkten
- *Alter:* zwischen 18. und vollendetem 80. Lebensjahr
- *Sprache:* Die deutsche Sprache muss in Wort und Schrift beherrscht werden, um sicher zu stellen, dass die Fragebögen, Interviews und Instruktionen richtig verstanden und beantwortet bzw. bearbeitet werden können.

### **2.2.2 Ausschlusskriterien**

Folgende Ausschlusskriterien wurden festgelegt:

- Vorliegen einer akuten Alkohol- oder Substanzabhängigkeit bei Studieneinschluss (mit Ausnahme von Abhängigkeit in voller Remission sowie mit Ausnahme von Koffein- oder Nikotinabhängigkeit) gemäß der ICD-Kriterien
- Vorliegen einer schweren neurologischen Störung
- Vorliegen akuter Suizidalität

### **2.2.3 Abbruchkriterien**

Es galt folgendes Abbruchkriterium:

- Abbruch auf Wunsch des Patienten. Dieser war zu jedem Zeitpunkt der Studie ohne Angabe von Gründen möglich, ohne dass dadurch Nachteile für den Patienten und seine weitere Behandlung entstanden.

## **2.3 Material**

### **2.3.1 Messinstrumente**

Um die Einschlusskriterien für eine Studienteilnahme überprüfen zu können und um Einflussfaktoren auf eventuelle Veränderungen der depressiven Symptomatik und des Selbstwertes erkennen zu können, wurden sowohl demographische als auch klinische Daten der Probanden erhoben (siehe Tabelle 1). Zur Erfassung der Schwere der depressiven Symptomatik und der Höhe des Selbstwertes wurden standardisierte Messinstrumente verwendet (Übersicht siehe Tabelle 1).

**Tabelle 1**

*Übersicht über erhobene Daten und Messinstrumente*

---

**Erhobene Daten und Messinstrumente**

---

**Demographische Daten:**

- Geschlecht
- Alter
- Größe, Gewicht: Body Mass Index (BMI)

**Klinische Daten:**

- Psychiatrische Diagnose(n) nach ICD-10 und DSM-IV
- Anzahl psychiatrischer Diagnosen
- Alter bei Ersterkrankung
- Anzahl der stationär-psychiatrischen Klinikaufenthalte
- Einnahme von Psychopharmaka: ja/nein
  - wenn ja: Art der Medikation
    - Antidepressiva
      - Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI)
      - Selektive Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer (SSNRI)
      - Trizyklische Antidepressiva (TZA)
      - Noradrenerge Antidepressiva (Mirtazapin/Bupropion)
      - Monoaminoxidase-Hemmer (MAOH)
      - Selektive Noradrenalin Wiederaufnahmehemmer (NARI)
    - Antipsychotika
    - Anxiolytika
    - Benzodiazepine
    - Stimmungsstabilisierer

---

**Erfassung der depressiven Symptomatik**

Beck-Depressions-Inventar (Hautzinger et al., 1995)

BDI

---

**Erfassung des Selbstwertes**

Multidimensionale Selbstwertkala (Schütz & Sellin, 2006)

MSWS

---

### *2.3.1.1 Beck-Depressions-Inventar*

Die Schwere der depressiven Symptomatik wurde anhand der deutschsprachigen Version des Beck-Depressions-Inventars (BDI, 2. Auflage; Hautzinger, Bailer, Worall & Keller, 1995), gemessen; dies ist eine weiterentwickelte Form der ursprünglichen amerikanischen Version von Beck, Ward, Mendelson, Mock und Erbaugh (1961). Der BDI ist ein standardisierter, sehr häufig verwendeter Multiple-Choice Fragebogen zur Erfassung depressiver Symptomatik. Basierend auf Selbstauskunft werden 21 Fragen beantwortet, die Symptome der Depression abbilden. Jedes Item enthält vier Antwortmöglichkeiten, die von 0 bis 3 nach ihrer Intensität geordnet sind. Die Punkte der Fragen ergeben addiert einen BDI-Summenwert. Ein höherer Wert bedeutet dabei eine stärker ausgeprägte depressive Symptomatik.

### *2.3.1.2 Multidimensionale Selbstwertkala*

Die Höhe des Selbstwertes wurde ebenfalls mittels eines standardisierten Testverfahrens, der Multidimensionalen Selbstwertkala (MSWS; Schütz & Sellin, 2006), der deutschsprachigen Adaption der Multidimensional Self-Concept Scale (MSCS; Fleming & Courtney, 1984), erhoben. Die Messung ist ein auf Selbstauskunft basierender Fragebogen bestehend aus 32 Fragen (z.B. Item Nr. 1: „Zweifeln Sie an sich selbst?“), die mittels einer unipolaren 7-Punkt-Likert-Skala mit den Polen „gar nicht“ bis „sehr“ bzw. „nie“ bis „immer“ beantwortet werden. Die MSWS umfasst sechs Subskalen, die verschiedene Facetten des Selbstwertes messen: (1) Emotionale Selbstwertschätzung, (2) Soziale Selbstwertschätzung/ Sicherheit im Kontakt, (3) Soziale Selbstwertschätzung/Umgang mit Kritik, (4) Leistungsbezogene Selbstwertschätzung, (5) Selbstwertschätzung Physische Attraktivität, (6) Selbstwertschätzung Sportlichkeit. Diese Subskalen können zusammengefasst werden in zwei übergeordnete Skalen: Allgemeine Selbstwertschätzung (Subskalen 1-4) und Körperbezogene Selbstwertschätzung (Subskalen 5-6). Die Zusammenfassung der übergeordneten Skalen ergibt den Gesamtselbstwert, welcher in dieser Studie verwendet wurde. Ein höherer Wert bedeutet eine höhere bzw. positivere Selbstwertschätzung.

## 2.4 Studienablauf

### 2.4.1 Messzeitpunkte

In einem Zeitraum von vier Wochen fanden acht 90-minütige Gruppentherapiesitzungen der Selbstwertgruppe statt (zwei Sitzungen pro Woche). Es gab eine Prä-Messung (T0), drei Verlaufsmessungen (T1, T2, T3) und eine Post-Messung (T4). Die Prä-Messung (T0) fand maximal eine Woche vor der ersten Gruppensitzung im gleichen Zeitfenster wie die darauffolgenden Gruppentherapiesitzungen statt. Die Verlaufsmessungen erfolgten direkt im Anschluss an die zweite, vierte und sechste Gruppensitzung. Die Post-Messung erfolgte im direkten Anschluss an die achte und somit letzte Sitzung der Gruppentherapie. Tabelle 2 zeigt eine Übersicht der Messzeitpunkte.

**Tabelle 2**  
*Studienübersicht*

Daten/ Fragebogen	Fragebögen im Anschluss an die Gruppensitzung				
	Prä	Verlauf			Post
	T0 Woche 0	T1 Woche 1	T2 Woche 2	T3 Woche 3	T4 Woche 4
Schriftliches Einverständnis	x				
Demographische Daten	x				
Klinische Daten	x				
Beck-Depressions-Inventar (BDI; Hautzinger et al., 1995)	x	x	x	x	x
Multidimensionale Selbstwertkala (MSWS; Schütz & Sellin, 2006)	x				x

#### *2.4.1.1 Prä-Messung*

Zunächst sollten Ausgangswerte der Teilnehmer im Hinblick auf die depressive Symptomatik als auch den Selbstwert erfasst werden. Vor der ersten Gruppensitzung wurde somit unter Verwendung des Beck-Depressions-Inventars (Hautzinger et al., 1995) die Schwere der depressiven Symptomatik der Gruppenteilnehmer erfasst. Der Selbstwert wurde mittels der Multidimensionalen Selbstwertskala (Schütz & Sellin, 2006) gemessen. Des Weiteren wurden zu diesem Messzeitpunkt demografische und klinische Daten erfasst (siehe Tabelle 2).

#### *2.4.1.2 Verlaufsmessung*

Im Verlauf der Studie wurde im Anschluss an jede zweite Gruppentherapiesitzung, also nach Sitzung zwei in Woche eins (T1), nach Sitzung vier in Woche zwei (T2) und nach Sitzung sechs in Woche drei (T3), erneut das BDI (Hautzinger et al., 1995) eingesetzt. Insgesamt erfolgten demzufolge drei Messungen des BDI zwischen Prä- (T0) und Post-Messung (T4), um den Verlauf einer möglichen Veränderung der depressiven Symptomatik über die Gruppensitzungen hinweg dezidiert abbilden zu können (siehe Tabelle 2).

#### *2.4.1.3 Post-Messung*

Nach Beendigung der Gruppentherapie, also nach Sitzung acht in Woche 4 (T4), wurden erneut die MSWS (Schütz & Sellin, 2006) zur Erfassung des Selbstwertes sowie das BDI (Hautzinger et al., 2005) zur Erfassung der depressiven Symptomatik verwendet. Wie auch bei den Verlaufsmessungen füllten die Teilnehmer die Fragebögen im direkten Anschluss an die Gruppensitzung aus (siehe Tabelle 2).

## **2.4.2 Rahmen und Inhalte der Gruppentherapie**

Die vierwöchige aus acht Sitzungen (à 90 Minuten) bestehende kognitiv-verhaltenstherapeutische (KVT) Selbstwertgruppe setzte sich inhaltlich aus fünf Modulen angelehnt an Interventionen von Potreck-Rose und Jacob (2008) zusammen, die der Selbstwertstärkung dienen sollten: [1] Psychoedukative Einführung bzgl. Selbstwert (Sitzung 1), [2] Achtsamkeit für Körper, Gefühle und Bedürfnisse (Sitzung 2-4), [3] Selbstfürsorge inkl. Aufbau positiver Aktivitäten (Sitzung 5), [4] Kognitive Umstrukturierung (Sitzung 6-7) und [5] Ressourcenaktivierung und Rückfallprophylaxe (Sitzung 8). Das Therapiemanual bestand zum Großteil aus einer von Potreck-Rose und Jacob (2008) zusammengestellten Sammlung an Interventionen zur Selbstwertstärkung. Ursprünglich waren die Interventionen für Einzelpsychotherapie vorgesehen, sodass nun eine an ein gruppentherapeutisches Setting angepasste Version verwendet wurde.

In früheren qualitativen Evaluationen der vorliegenden Selbstwertgruppe benannten die Teilnehmer, dass sie sich über die vorhandenen Therapieelemente hinaus, mehr praktische Übungen sowie mehr Interventionen hinsichtlich Emotionsregulation wünschen würden. Auch erbaten die Patienten mehr Strategien, die sie ihrem „inneren Kritiker“ entgegensetzen könnten. Daher wurde entschieden, die verwendeten Elemente von Potreck-Rose und Jacob (2008) um einzelne Interventionen zu erweitern. Zu Sitzung drei („Achtsamkeit für Gefühle“) wurden Interventionen aus dem Training emotionaler Kompetenzen (TEK; Berking, 2010) zur Benennung und Akzeptanz von Gefühlen hinzugefügt. Sitzung vier („Achtsamkeit für Bedürfnisse“) wurde um die Maslowsche Bedürfnispyramide (Maslow, 1943) ergänzt. Sitzung sieben („Der wohlwollende Begleiter“) wurde um Übungen aus einer weiteren Interventionssammlung von Potreck-Rose (2009) erweitert. Eine mit einer erlebnisorientierten Übung verknüpfte Metapher aus der Akzeptanz- und Commitmenttherapie (ACT; Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999) wurde zum Thema „innerer Kritiker“ in Sitzung acht („Übungs-

und Abschlusssitzung“) ergänzt. Zur Förderung des Transfers in den Alltag wurden einige Metaphern, Übungen und Hausaufgaben aus den Therapeutischen Schätzen I und II (Fliegel & Kämmerer, 2007, 2009) ergänzt.

Es handelte sich um eine geschlossene Therapiegruppe mit maximal 15 Teilnehmern, die von zwei klinischen Psychologen im Rahmen der (teil)stationär-psychiatrischen Behandlung geleitet wurde. Eine ausführliche Darstellung der Gruppeninhalte liegt im Anhang bei (Handout des Gruppenkonzepts und Therapiemanual).

### **2.4.3 Risiken und Nebenwirkungen der Gruppentherapie und der Datenerhebung**

Die Teilnahme an der KVT-Selbstwertgruppe hatte keine bekannten Nachteile oder Risiken für die Probanden. Es wurde nicht erwartet, dass es durch das Ausfüllen der Fragebögen zu Risiken oder Nebenwirkungen kommt. Es handelte sich hierbei um nicht-invasive, routinemäßig verwendete Fragebögen, die schon sehr häufig im klinischen Kontext zum Einsatz kamen.

Kurzfristig konnten durch das Abfragen der Symptomatik und des Befindens sowie durch das Bearbeiten schwieriger interpersoneller Situationen in den Gruppensitzungen negative Emotionen hervorgerufen werden. Probanden wurden darauf hingewiesen und die therapeutische Unterstützung in diesen Situationen war immer gewährleistet. Die Probanden wurden im Anschluss an das Ausfüllen der Fragebögen nach ihrem Befinden befragt und es wurde darauf geachtet, dass auftretende Fragen sofort beantwortet werden konnten. Die Patienten wurden darauf hingewiesen, dass sie jederzeit die Bearbeitung der Fragebögen bzw. die Teilnahme an der Gruppe unterbrechen könnten. Die Studienteilnahme hatte keinen Einfluss auf die weitere Behandlung, welche die Patienten erhielten. Die Probanden erhielten außerdem Kontaktdaten für etwaige Rückfragen auch nach Studienende.



## **2.5 Statistische Methoden**

Die statistische Auswertung wurde anhand der Patientenpopulation durchgeführt, die alle Einschlusskriterien für die Studie erfüllte (N=147). Alle Berechnungen wurden mit dem R-Paket „lavaan“ (Rosseel, 2012) und IBM SPSS Statistics Version 23.0 (IBM Corp., 2015) durchgeführt. Für die vorliegende Arbeit wurde ein Signifikanzniveau  $\alpha$  von 5% festgelegt. Ein statistisch signifikantes Ergebnis lag demgemäß vor, wenn die Irrtumswahrscheinlichkeit  $p$  kleiner oder gleich 5% war ( $p \leq 0,05$ ). War der Signifikanzwert  $p$  größer als 5 % ( $p > 0,05$ ), wurde von einem nicht signifikanten Ergebnis ausgegangen.

### **2.5.1 Depressive Symptomatik**

#### *2.5.1.1 Statistische Auswertung der Veränderung depressiver Symptomatik*

Im ersten Schritt wurde ein unconditional random effects model (UREM) durchgeführt, um den Effekt von potenziellen Varianzen innerhalb der Teilnehmer hinsichtlich des BDI Gesamtwertes zu schätzen. Die daraus resultierenden Parameter der Varianz innerhalb der Teilnehmer ( $\tau_{00}$ ) und die Residualvarianz ( $\sigma^2$ ) wurden für die darauffolgende Berechnung des Intraklassen-Korrelationskoeffizienten (ICC) verwendet.

Um die erste Hypothese beantworten und die Veränderung des BDI Gesamtwertes über die Messzeitpunkte hinweg quantifizieren zu können, wurden unter Verwendung eines gemischten Regressionsmodells lineare Wachstumskurven erstellt. Hierzu wurden alle fünf Messzeitpunkte (T0, T1, T2, T3, T4) vor, während und nach der gruppentherapeutischen Behandlung in die Analysen einbezogen. Um zusätzlich den chronologischen Verlauf der BDI Messungen zu berücksichtigen, wurden Steigungskovariaten gebildet mittels Werten [0, 1, 2, 3, 4], die den fünf Messzeitpunkten jedes Teilnehmers entsprachen.

Das gemischte lineare Regressionmodell berücksichtigte eine interindividuelle Varianz der y-Achsenabschnitte, der Prä-Messwert konnte also nach dem Zufallsprinzip zwischen den Teilnehmern variieren, wobei die Steigung für alle gleichblieb. Ein konkurrierendes

Regressionsmodell, welches zusätzlich eine interindividuelle Varianz der Steigung berücksichtigte, wurde durchgeführt, um mögliche Unterschiede der linearen Veränderung des BDI Gesamtwertes zwischen den Teilnehmern zu berücksichtigen. Hierzu wurde die unabhängige Zeitvariable (Time) in die Analyse eingegeben. Um Unterschiede der Passung zwischen den konkurrierenden Modellen zu testen, wurde ein Chi-Quadrat-Likelihood Test durchgeführt. Der Test für den Modellvergleich war zweiseitig.

#### *2.5.1.2 Statistische Auswertung des Einflusses von Selbstwert auf depressive Symptomatik*

Im nächsten Schritt sollte eruiert werden, inwiefern der Selbstwert einen Einfluss auf die depressive Symptomatik hat bzw. inwiefern Selbstwert und depressive Symptomatik im Zusammenhang miteinander stehen und ob eine Veränderung im Selbstwert eine Veränderung depressiver Symptomatik bewirkt. Um dies zu messen, wurde der BDI Gesamtwert als abhängige Variable, die MSWS als unabhängige Variable verwendet. Es wurden alle fünf Messzeitpunkte (T0, T1, T2, T3, T4) des BDI in die Analysen einbezogen. Die Modellkomplexität, also die Anzahl der Variablen der Regressionsanalyse, wurde erhöht, indem der Gesamtwert der MSWS Prä-Messung ( $MSWS_{pre}$ ) sowie der MSWS Differenzwert ( $MSWS_{diff}$ ) als Kovariate mit einbezogen wurden. Der MSWS Differenzwert wurde erstellt durch die Subtraktion des MSWS Gesamtwertes des letzten Messzeitpunktes (Post-Messung T4) vom MSWS Gesamtwert des ersten Messzeitpunktes (Prä-Messung T0) und gewährleistete den Einbezug der Steigung in die Analyse.

### **2.5.2 Selbstwert**

#### *2.5.2.1 Statistische Auswertung der Veränderung des Selbstwertes und des Einflusses von depressiver Symptomatik auf Selbstwert*

Um die Veränderung des Selbstwertes dazustellen und gleichzeitig zu prüfen, inwiefern die depressive Symptomatik einen Einfluss auf den Selbstwert hat und ob die Veränderung der depressiven Symptomatik eine Veränderung des Selbstwertes bewirkt, wurde eine umgekehrte Analyse durchgeführt. Diese diente zugleich dazu, die Stabilität des möglichen

Zusammenhangs zwischen Selbstwert und depressiver Symptomatik der vorausgegangenen Berechnung zu überprüfen. Einbezogen wurden hierbei die Prä- und Postmessung (T0, T4). Das BDI wurde nun als Prädiktorvariable verwendet, während das Kriterium bzw. die abhängige Variable der MSWS Gesamtwert war. Die Modellkomplexität wurde weiter erhöht, indem zusätzlich der Gesamtwert der BDI Prä-Messung ( $BDI_{pre}$ ) sowie der BDI Differenzwert ( $BDI_{diff}$ ), errechnet aus der Differenz der BDI Post- (T4) und Prä-Messung (T0), als Kovariate verwendet wurden.

### **2.5.3 Statistische Auswertung weiterer Einflussfaktoren**

Zuletzt sollten weitere Parameter, die eine Veränderung der depressiven Symptomatik und des Selbstwertes beeinflusst haben können, untersucht werden. Hierzu wurden die erhobenen demographischen und klinischen Daten (Tabelle 1), näher betrachtet. Für die Berechnungen war die Teilnahme an Prä- (T0) und Post-Messung (T4) ausschlaggebend, sodass bei diesen statistischen Auswertungen, diejenigen Teilnehmer berücksichtigt werden konnten, die an beiden Messungen teilgenommen haben.

#### *2.5.3.1 Statistische Auswertung der Einflussfaktoren auf die Veränderung depressiver Symptomatik*

Für die Berechnung weiterer Einflussfaktoren auf die depressive Symptomatik wurde zunächst eine BDI Response Variable erstellt, die das Ansprechen der Patienten auf die Selbstwertgruppe in Hinblick auf die depressive Symptomatik feststellen sollte. Es wurde zwischen Response, partieller Response und keiner Response (Non-response) differenziert. Eine Response (Ansprechen auf die Behandlung) wurde bei mindestens 50% Besserung der Symptomschwere im BDI bei Beendigung der Gruppentherapie (Post-Messung T4) im Vergleich zum Ausgangswert (Prä-Messung T0) erreicht. Eine partielle Response (teilweises Ansprechen) wurde erreicht, wenn sich die Symptomschwere im BDI um mindestens 25% und weniger als 50% im Vergleich zum Ausgangswert besserte. Eine Non-response (fehlendes Ansprechen auf die Behandlung) lag vor, wenn die Symptomschwere im BDI am

Ende der Selbstwertgruppe im Vergleich zum Ausgangswert weniger als 25% Besserung aufwies (Fava & Davidson, 1996; Kempermann et al., 2008).

Dann wurden die erhobenen klinischen und demographischen Parameter näher betrachtet, um ableiten zu können, welche einen Einfluss hatten auf ein Ansprechen im BDI. Es wurden die Mittelwerte der drei Kategorien (Response, partielle Response, Non-response) im Hinblick auf die verschiedenen demographischen und klinischen Daten verglichen. Hierzu wurden bei quantitativen Variablen Univariate Varianzanalysen (two-way ANOVA) durchgeführt. Bei qualitativen Variablen wurde der Chi-Quadrat-Test verwendet. Bei erwarteten Zellhäufigkeiten von 20% der Zellen kleiner als  $N = 5$  wurde der Likelihood-Ratio-Test angewandt. Zur Feststellung, welche der Mittelwerte sich signifikant voneinander unterschieden, wurden für signifikante Ergebnisse der ANOVAs Post-hoc-Tests durchgeführt.

#### *2.5.3.2 Statistische Auswertung der Einflussfaktoren auf die Veränderung des Selbstwertes*

Als nächstes sollten potenzielle Einflussfaktoren auf die Veränderung des Selbstwertes überprüft werden. Um die Veränderung des Selbstwertes in vorliegender Studie berücksichtigen zu können, wurden die Differenzwerte der MSWS Gesamtwerte der Post- (T4) und Prä-Messung (T0) für alle Teilnehmer errechnet. Anschließend wurde der Datensatz am errechneten Median des MSWS Differenzwertes in zwei Hälften gesplittet: Teilnehmer, die mehr bzgl. des Selbstwertes ansprachen versus Teilnehmer, die weniger ansprachen.

Um die klinischen und demographischen Daten der Hälfte der Probanden, deren Selbstwert von der Prä-Messung (T0) bis zur Post-Messung (T4) mehr gestiegen war ( $\geq$  Median) mit der Hälfte der Probanden, deren Selbstwert weniger gestiegen war ( $<$  Median) zu vergleichen, wurden bei quantitativen Variablen t-tests (2-seitig) durchgeführt. Bei qualitativen Variablen und für 2x2 Tabellen wurde der Exakte Test nach Fisher (2-seitig) verwendet. Bei 2x4 Tabellen sollte der Chi-Quadrat Test verwendet werden. Bei erwarteten Zellhäufigkeiten von 20% der Zellen kleiner als  $N = 5$  wurde der Likelihood-Ratio-Test angewandt.

### 3 Ergebnisse

#### 3.1 Ein- und Ausschlüsse

Es wurden zwischen 2014 und 2016 insgesamt 338 Patienten in Rücksprache mit ihrem behandelnden Psychiater für die Selbstwertgruppe angemeldet und von den zuständigen Psychologen aufgesucht und angesprochen (siehe Abbildung 1). Insgesamt nahmen 241 Patienten mit verschiedenen Störungsbildern an mindestens einem der Messzeitpunkte oder einer der Gruppentherapiesitzungen teil. 147 Patienten erfüllten schließlich neben der Diagnose einer depressiven Episode oder Dysthymia alle weiteren Einschlusskriterien und stimmten einer Studien- und Gruppenteilnahme zu.

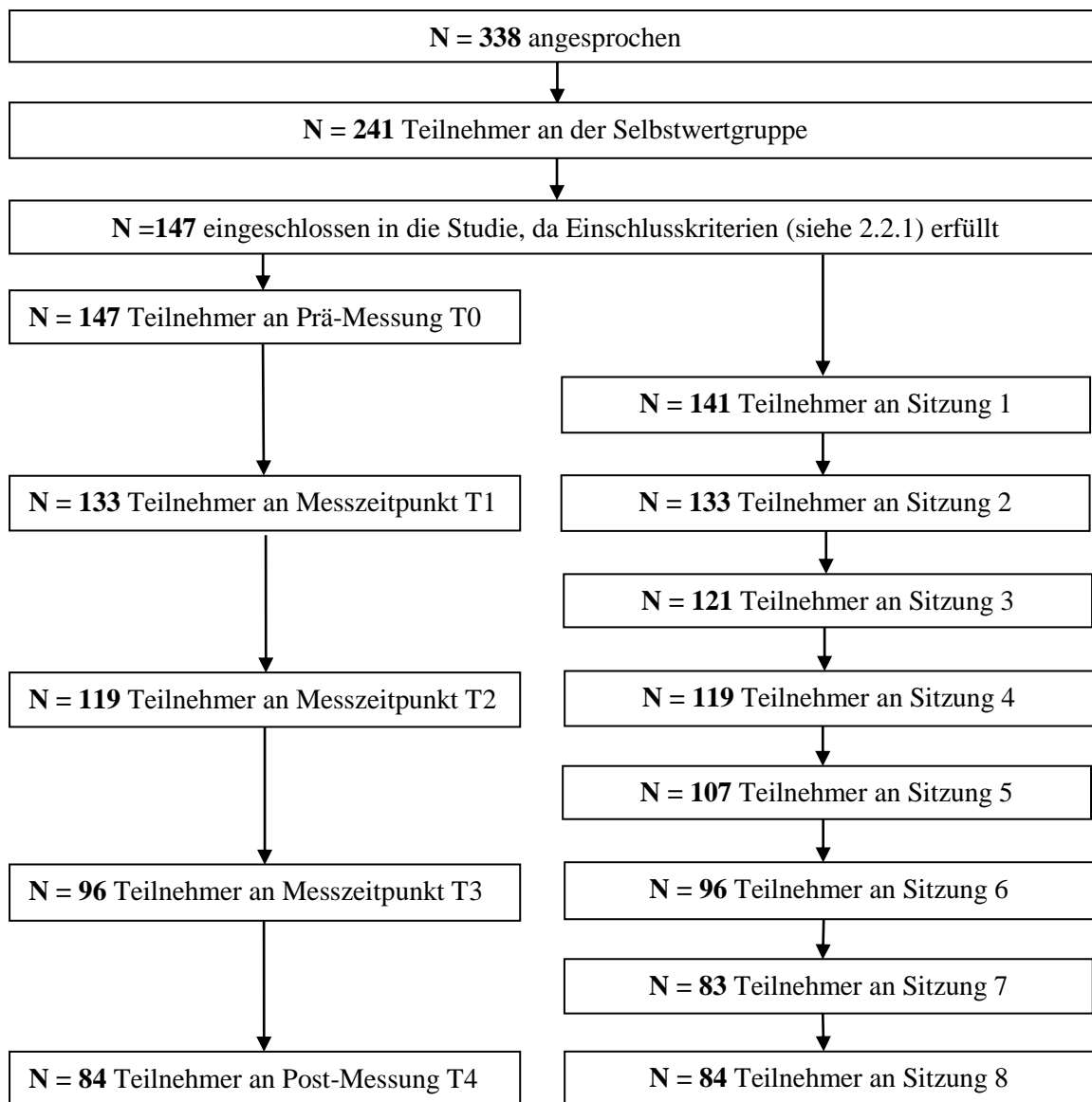


Abbildung 1. Flussdiagramm: Diagramm über die Teilnahme der Patienten an Gruppensitzungen und Messzeitpunkten sowie Einschluss in die Studie.

Die nachfolgenden Analysen wurden mit 147 Teilnehmern durchgeführt, welche die Einschlusskriterien erfüllten. Bei der Berechnung der weiteren Einflussvariablen auf die depressive Symptomatik und den Selbstwert wurden statistische Berechnungen mit denjenigen 84 Probanden vorgenommen, welche die Einschlusskriterien erfüllten und die sowohl an der Prä-Messung (T0) als auch an der Post-Messung (T4) teilgenommen haben.

### **3.2 Klinische und demographische Daten der Studienpopulation**

Die 147 in die Berechnungen eingeschlossenen Patienten setzten sich aus 85 Frauen (57,8%) und 62 Männern (42,2%) zusammen. Das durchschnittliche Alter der Patienten lag bei 39,95 Jahren (SD = 14,34), wobei der jüngste Teilnehmer 18 Jahre, der älteste Teilnehmer 76 Jahre alt war. Das mittlere Alter bei Ersterkrankung lag bei 28,38 Jahren (SD = 13,53), die durchschnittliche Anzahl der stationär-psychiatrischen Klinikaufenthalte bei 1,87 Aufenthalten (SD = 5,31). Die Patienten hatten einen durchschnittlichen Body Mass Index (BMI) von 26,08kg/m<sup>2</sup> (SD = 6,61).

Alle 147 Patienten litten an einer affektiven Störung diagnostiziert nach ICD-10 (Dilling, & Freyberger, 2012) und DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) mit einer bei Studieneinschluss gegenwärtig depressiven Episode. Im Detail setzte sich die Stichprobe zusammen aus 98 Patienten (66,67%), die zum Zeitpunkt des Einschlusses in die Studie als Hauptdiagnose an einer rezidivierenden depressiven Störung (ICD-10: F33, DSM-IV: 296.3) litten, 36 Patienten (24,49%), die an einer depressiven Episode (ICD-10: F32, DSM-IV: 296.2) erkrankt waren, 11 Patienten (7,48%) mit einer bipolaren affektiven Störung, aktuell depressiven Episode (ICD-10: F31.3-F31.5, DSM-IV: 296.5) und 2 Patienten (1,36%) mit einer Dysthymia (ICD-10: F34.1, DSM-IV: 300.4). Die durchschnittliche Anzahl der vergebenen Diagnosen pro Studienteilnehmer lag bei 1,2 (SD = 0,47), wobei kein Patient mehr als zwei psychische Diagnosen aufwies. Insgesamt hatten 20 (13,61%) der 147 eingeschlossenen Patienten eine komorbide psychische Diagnose. 13 Teilnehmer (8,8%), also

mehr als die Hälfte der Patienten mit einer komorbiden Diagnose, litten unter einer Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F60 oder F61; DSM-IV: 301.0-9). Sieben Patienten (4,5%) litten unter eine Diagnose aus dem Kreis der Neurotischen, Belastungs- und Somatoformen Störungen (ICD-10: F40-48; DSM-IV: 300.23, 300.00, 300.3, 309.81, 300.81-82). Tabelle 3 zeigt eine Übersicht über die klinisch relevanten Daten aller eingeschlossenen Studienteilnehmer.

**Tabelle 3**

*Klinische Daten der Studienteilnehmer bei der Prä-Messung (T0)*

	Patienten (N=147)	
	N	%
Geschlecht [weiblich/männlich]	85/62	57,8/42,2
Body Mass Index (BMI) [kg/m²]	26.08±6.61 <sup>1)</sup>	
Alter [Jahre]	39,95±14,34 <sup>1)</sup>	
Alter bei Ersterkrankung [Jahre]	28.38±13.53 <sup>1)</sup>	
Anzahl der stationär-psychiatrischen Klinikaufenthalte	1.87±5.31 <sup>1)</sup>	
Anzahl psychiatrischer Diagnosen	1.2±0.47 <sup>1)</sup>	
Diagnose (affektive Störung) nach ICD-10:		
F31.3-5 Bipolar affektive Störung, depressive Episode	11	7.48
F32 Episodisch Depressiv (MD)	36	24.49
F33 Rezidivierend Depressiv	98	66.67
F34.1 Dysthymia	2	1.36
Komorbide psychiatrische Diagnose nach ICD-10:		
F40-F48 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (DSM-IV: 300.23, 300.00, 300.3, 309.81, 300.81-82):	7	4.5
F40 Soziale Phobien	1	0.7
F41 Andere Angststörungen	1	0.7
F42 Zwangsstörung	2	1.4
F43 Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	1	0.7
F45 Somatoforme Störungen	2	1.4
F60-F69 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (DSM-IV: 301.0-9)	13	8.8
F60 Spezifische Persönlichkeitsstörungen	10	6.8
F61 Kombinierte und andere Persönlichkeitsstörungen	3	2.0

<sup>1)</sup>: Mittelwert (M) und Standardabweichung (SD).

Eine medikamentöse Behandlung erfolgte bei 144 Teilnehmern (98%), 3 Patienten (2%) wurden während der Studienteilnahme nicht medikamentös behandelt. 132 Patienten (89,8%) wurden mit Antidepressiva, 79 Patienten (53,7%) mit Antipsychotika, 16 Patienten (10,9%) mit Anxiolytika, 10 Patienten (6,8%) mit Benzodiazepinen und 40 Patienten (27,2%) mit Stimmungsstabilisierern behandelt. Die folgende Tabelle 4 stellt eine Übersicht über die Medikation aller Studienteilnehmer dar.

**Tabelle 4**

*Medikation der Patienten (N=147) bei Studienteilnahme*

Medikament	Patienten (N=147)	
	N	%
Einnahme psychiatrischer Medikation (ja)	144	98.0
Antidepressiva	132	89.8
Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI)	98	66.7
Selektive Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer (SSNRI)	75	51.0
Noradrenerge Antidepressiva (Mirtazapin/Bupropion)	37	25.2
Trizyklische Antidepressiva (TZA)	15	10.2
Monoaminoxidase-Hemmer (MAOH)	5	3.4
Selektive Noradrenalin Wiederaufnahmehemmer (NARI)	1	0.7
Antipsychotika	79	53.7
Anxiolytika	16	10.9
Benzodiazepine	10	6.8
Stimmungsstabilisierer	40	27.2



### 3.3 Depressive Symptomatik

#### 3.3.1 Veränderung depressiver Symptomatik

Das UREM ergab eine Varianz von  $\tau_{00} = 88.10$  und  $\sigma^2 = 33.84$  für den BDI Gesamtwert, was einen ICC von .72 bedeutete. Der ICC deutete somit eine vorhandene Varianz an, die durch einen interindividuellen Unterschied zwischen den Teilnehmern zu erklären ist, weshalb ein Mehrebenenmodell verwendet wurde.

Die lineare gemischte Wachstumsanalyse zeigte eine Verringerung des BDI Gesamtwertes von durchschnittlich  $\gamma_{10} = 2.26$  Punkten pro Messung ( $t(436.7) = -15.04$ ;  $p < .001$ ), beginnend bei einem  $\gamma$ -Achsenabschnittswert von  $\gamma_{00} = 24.42$  ( $t(173.3) = 29.42$ ;  $p < .001$ ), was dem Mittelwert des BDI Gesamtwertes aller Teilnehmer bei der Prä-Messung entspricht. Die Verringerung des BDI Gesamtwertes kann somit als streng linear beschrieben werden (siehe Abbildung 2).

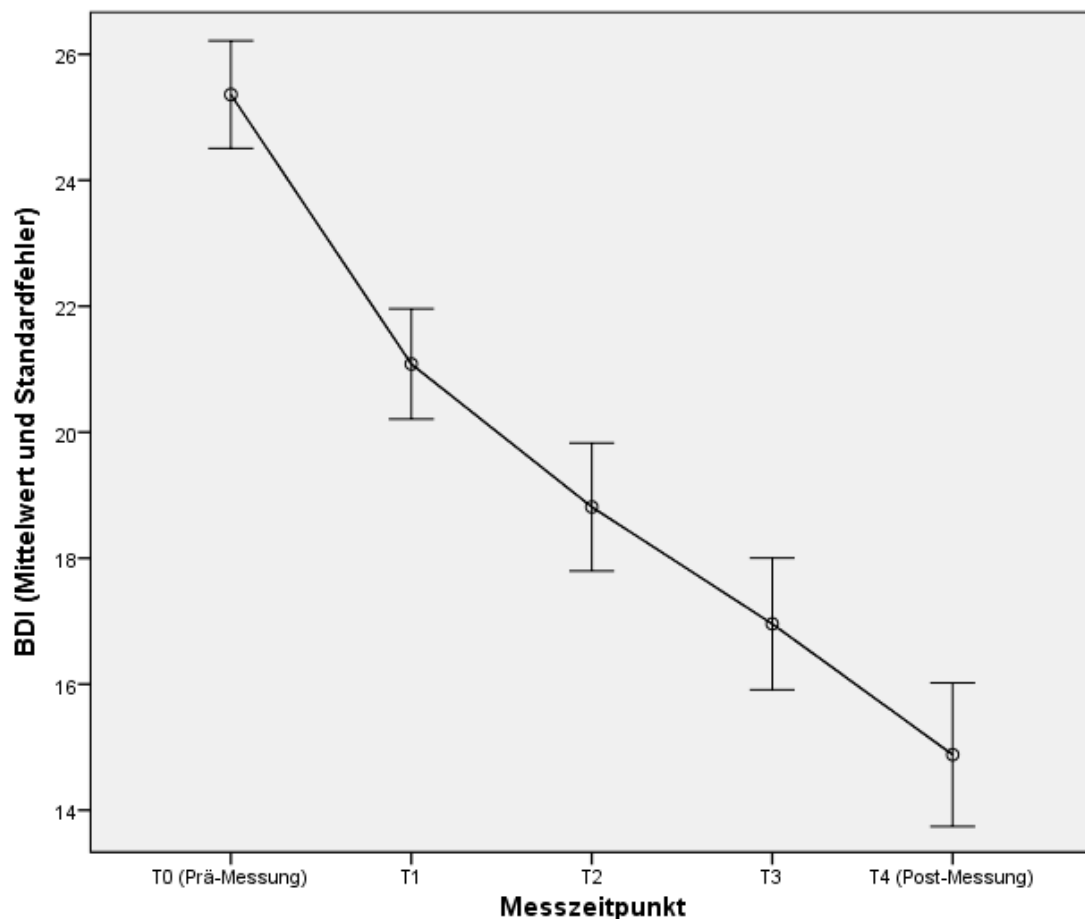


Abbildung 2. Veränderung des BDI Mittelwertes über alle Messzeitpunkte hinweg.

Da das verwendete Modell nur beachtete, dass die Schnittpunkte der Geraden mit der  $\gamma$  – Achse zwischen Teilnehmern variierten während die Steigung konstant blieb, wurde eine weitere Wachstumsanalyse durchgeführt, die durch Einbeziehung der Kovariate Zeit (Time) die Varianz der Steigung zwischen den Teilnehmern berücksichtigte. Dabei wurde ein  $\gamma$ -Achsenabschnittswert von  $\gamma_{00} = 24.44$  ( $t(146.23) = 29.14$ ;  $p < .001$ ) und eine durchschnittliche Verringerung des BDI Gesamtwertes von  $\gamma_{10} = 2.28$  ( $t(123.47) = -11.91$ ;  $p < .001$ ) pro Messung festgestellt. Um ermitteln zu können, welche der zwei durchgeführten Analysen eine bessere Beschreibung der Daten gewährleistet, wurde ein Modellvergleich mittels eines Chi-Quadrat-Likelihood Tests durchgeführt. Dieser zeigte eine signifikant höhere Messgenauigkeit ( $\Delta AIC = 23.4$ ;  $\Delta df = 2$ ;  $p < .001$ ) des zweiten Modells, welches die Varianz der Steigung mit einbezog (Random Intercept Random Slope Modell), gegenüber dem ersten Modell, in dem diese nicht berücksichtigt wurde. Um den wesentlichen Unterschied der linearen Steigung zwischen den Teilnehmern erklären zu können, wurde die Varianz zwischen den Teilnehmern bezüglich der Steigung in die folgenden Analysen mit einbezogen.

### 3.3.2 Einfluss von Selbstwert auf depressive Symptomatik

Als nächstes wurde der Einfluss der Prädiktoren, und zwar dem MSWS Differenzwert von Post- und Prä-Messung sowie dem Gesamtwert der Prä-Messung sowohl auf den BDI Gesamtwert ( $MSWS_{diff}$ ;  $MSWS_{pre}$ ) als auch auf die Steigung des BDI Gesamtwertes (Time x  $MSWS_{diff}$ ; Time x  $MSWS_{pre}$ ) evaluiert. Die Ergebnisse der linearen gemischten Wachstumsanalyse sind im oberen Teil der Tabelle 5 dargestellt.

**Tabelle 5**

*Ergebnisse der inversen linearen gemischten Wachstumsanalyse*

	<b>Estimate</b>	<b>SE</b>	<b>df</b>	<b>t</b>	<b>p</b>
<b>Depression (BDI)</b>					
$\gamma_{00}$	45.16	4.09	80.85	11.03	< .001
Time	-1.66	.81	80.17	-2.04	.044
$MSWS_{diff}$	.05	.04	81.19	1.17	.245
Time x $MSWS_{diff}$	.05	.01	80.72	5.15	< .001
$MSWS_{pre}$	-0.19	.03	80.87	-5.68	< .001
Time x $MSWS_{pre}$	.002	.01	80.30	.27	.79
<b>Selbstwert (MSWS)</b>					
$\gamma_{00}$	143.59	6.73	107.54	21.33	< .001
Time	15.44	5.11	81.00	3.02	.003
$BDI_{diff}$	.56	.37	107.54	1.50	.137
Time x $BDI_{diff}$	1.60	.28	81.00	5.69	< .001
$BDI_{pre}$	-1.56	.29	107.54	-5.42	< .001
Time x $BDI_{pre}$	-.57	.23	81.00	-2.60	.011

Estimate = Geschätzter Parameterwert; SE = Standardabweichung des geschätzten Parameterwertes;  $df$  = Freiheitsgrade;  $t$  =  $t$ -Wert;  $p$  = Signifikanzwert;  $\gamma_{00}$  = Intercept der linearen Regression; der Appendix "diff" kennzeichnet den Differenzwert und der Appendix "pre" den Prä-Messwert der Variablen.

Wie in den vorherigen Modellen wurde erneut eine signifikante lineare Steigung des BDI Gesamtwertes festgestellt, diese zeigte sich hier mit einer Verringerung um  $\gamma_{10} = -1.66$  ( $t(80.17) = -2.04$ ;  $p = .044$ ) BDI-Wertpunkte pro Messzeitpunkt. Zudem wurde eine signifikante Interaktion zwischen dem MSWS Differenzwert und der Steigung des BDI gefunden (Time x  $MSWS_{diff} = .05$  ( $t(80.72) = .05$ ;  $p < .001$ ), was bedeutet, dass der BDI

Gesamtwert stärker abfiel, wenn der MSWS Differenzwert und somit ebenfalls der MSWS Gesamtwert zunahm. Gleichzeitig zeigte sich ein signifikanter Effekt des MSWS Prä-Messwertes auf den BDI Gesamtwert ( $MSWS_{pre} = -0.19$  ( $t(80.87) = -5.68$ ;  $p < .001$ ). Dies indiziert, dass Teilnehmer, die ihren Selbstwert bei der Prä-Messung höher einschätzten, einen niedrigeren BDI Gesamtwert aufwiesen. Der MSWS Prä-Messwert zeigte dabei keinen signifikanten Einfluss auf das Maß der Veränderung des BDI (Time x  $MSWS_{pre}$ ).

### **3.4 Selbstwert**

#### **3.4.1 Veränderung von Selbstwert und Einfluss von depressiver Symptomatik auf Selbstwert**

Im nächsten Schritt sollte die Veränderung des Selbstwertes dargestellt werden. Mittels einer inversen Analyse wurde zudem eruiert, inwiefern die depressive Symptomatik einen Einfluss auf den Selbstwert hat und die Veränderung der depressiven Symptomatik eine Veränderung des Selbstwertes bewirkt. Gleichzeitig konnte so die Stabilität des dargestellten Zusammenhangs zwischen Selbstwert und depressiver Symptomatik überprüft werden. Es wurde nun umgekehrt der Einfluss der Prädiktoren, und zwar dem BDI Differenzwert von Post- und Prä-Messung sowie dem Gesamtwert der Prä-Messung sowohl auf den MSWS Gesamtwert ( $BDI_{diff}$ ;  $BDI_{pre}$ ) als auch auf die Steigung des MSWS Gesamtwertes (Time x  $BDI_{diff}$ ; Time x  $BDI_{pre}$ ) evaluiert. Für die Modellierung des Selbstwertes wurde ein Random Intercept Fixed Slope Modell gewählt, da ein Modell, welches die Steigung als Random Effekt einbezog, aufgrund der Datenlage nicht konvergiert hat.

Der untere Teil der Tabelle 5 stellt die Ergebnisse der inversen linearen gemischten Wachstumsanalyse dar. Es wurde eine signifikante Steigung des Selbstwertes von  $\gamma_{10} = 15.44$  ( $t(81.00) = 3.02$ ;  $p = .003$ ) MSWS-Wertpunkten während des Behandlungsverlaufs ermittelt, wobei der durchschnittliche  $\gamma$ -Achsenabschnitt bei einem Prä-Messwert von  $\gamma_{00} = 143.59$  ( $t(107.54) = 21.33$ ;  $p < .001$ ) lag. Die Steigung des MSWS ist in Abbildung 3 dargestellt.

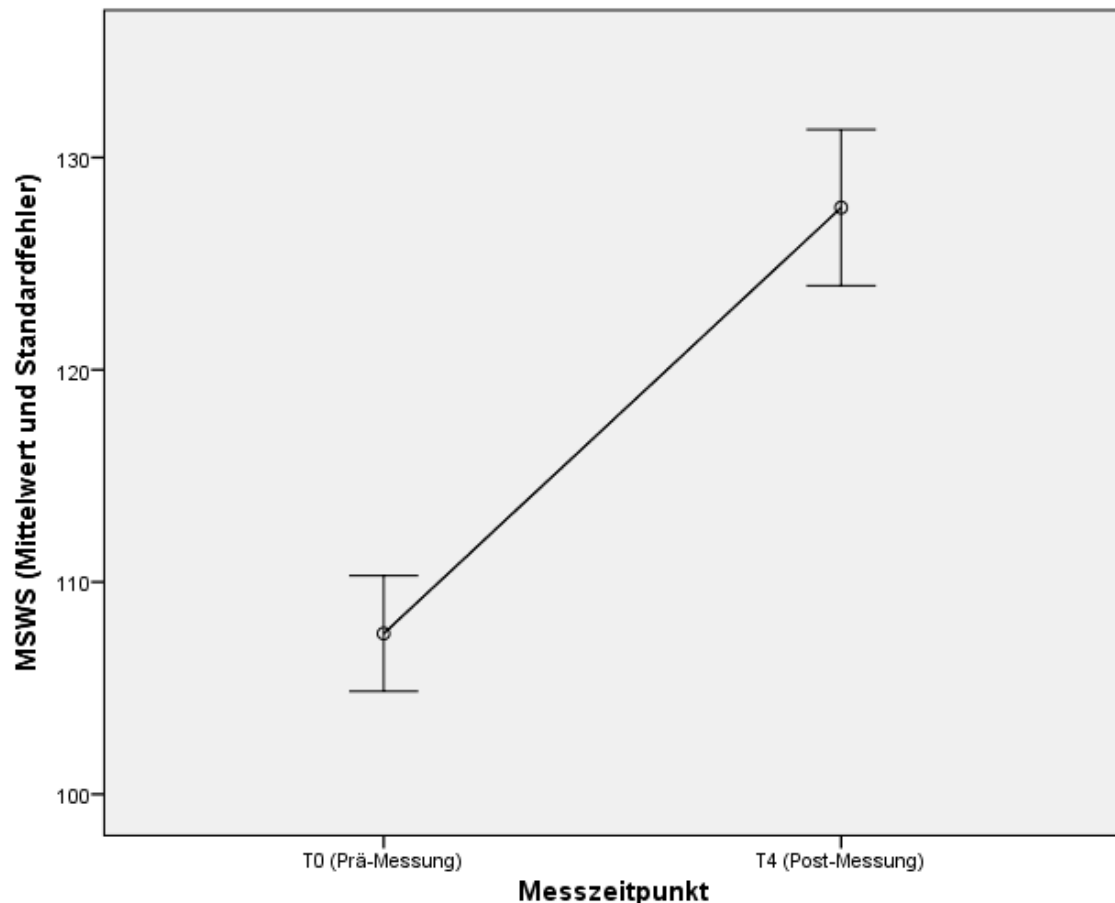


Abbildung 3. MSWS Mittelwert vor und nach Teilnahme an der Selbstwertgruppe.

Auch die Interaktion zwischen der MSWS Steigung und der Veränderung im BDI war signifikant ( $\text{Time} \times \text{BDI}_{\text{diff}} = 1.60$  ( $t(81.00) = 5.69$ ;  $p < .001$ )). Dies bedeutet: Je größer die Verringerung des BDI Gesamtwertes über den Behandlungszeitraum hinweg war, desto größer war das Wachstum des MSWS Gesamtwertes. Die Stabilität des Interaktionseffekts konnte somit durch das umgekehrte signifikante Ergebnis bestätigt werden. Darüber hinaus hatte ein höherer BDI Gesamtwert bei der Prä-Messung (T0) einen signifikanten Effekt auf den MSWS Gesamtwert ( $\text{BDI}_{\text{pre}} = -1.56$  ( $t(107.54) = -5.42$ ;  $p < .001$ )). Teilnehmer, die mit einem höheren Gesamtwert im BDI starteten, verfügten zum selben Zeitpunkt über einen niedrigeren MSWS Gesamtwert. Der BDI Gesamtwert der Prä-Messung (T0) hatte zudem einen signifikanten Einfluss auf das Maß der Veränderung des MSWS ( $\text{Time} \times \text{BDI}_{\text{pre}} = .57$  ( $t(81.00) = -2.60$ ;  $p = .011$ )), in der Form, dass die MSWS-Werte der Teilnehmer von Prä- (T0) bis Postmessung (T4) weniger anstiegen, je höher BDI Gesamtwert bei der Prä-Messung (T0) ausfiel.

### **3.5 Weitere Einflussfaktoren auf die Veränderung der depressiven Symptomatik und des Selbstwertes**

#### **3.5.1 Einflussfaktoren auf die Veränderung depressiver Symptomatik**

Im nächsten Schritt wurde mittels explorativer Statistik der klinisch-demographischen Daten überprüft, welche weiteren Faktoren möglicherweise auf die Veränderung der depressiven Symptomatik eingewirkt haben könnten.

Zunächst konnte festgestellt werden, dass von den 84 an der Post-Messung (T4) der Selbstwertgruppe teilgenommenen Patienten, 27 Patienten (32,14%) eine Response im BDI zeigten. Weitere 28 Patienten (33,33%) sprachen teilweise auf die Behandlung an, 29 Teilnehmer (34,52%) wiesen eine Non-Response auf (Tabelle 6).

Durch die Varianzanalysen (abhängiger Faktor: BDI Response; unabhängige Faktoren: Geschlecht, BMI, Alter, Alter bei Ersterkrankung, Diagnose, Anzahl psychiatrischer Diagnosen, Anzahl stationär-psychiatrischer Klinikaufenthalte, Medikamente) ließ sich bei drei demographischen und klinischen Faktoren ein signifikanter Einfluss auf die depressive Symptomatik feststellen. Diese waren der Body Mass Index (BMI) ( $F(2,74) = 7,908, p = .001$ ), die Anzahl psychiatrischer Diagnosen ( $F(2,81) = 3.333, p = .041$ ) und die Einnahme antipsychotischer Medikation ( $\chi^2(2) = 13.477, p = .001$ ) wie Tabelle 6 aufzeigt.

**Tabelle 6**

Mittelwertvergleich der demographischen und klinischen Daten bei Response, Partieller Response und Non-Response im BDI.

	Alle Patienten N=147	BDI Gesamtwert Veränderung von T0 bis T4 N=84			Statistische Auswertung • ANOVA (Quantitative Variablen) • Chi-Quadrat-Test <sup>a)</sup> bzw. Likelihood-Ratio-Test <sup>b)</sup> (Qualitative Variablen)		
		Response N=27 (32,14%)	Partielle Response N=28 (33,33%)	Non-Response N=29 (34,52%)	F(df1/df2) oder $\chi^2$ und df <sup>a)</sup>		p-Wert
Geschlecht [w/m]	85/62 58%/42%	14/13 52%/48%	18/10 67%/33%	14/15 47%/53%	1.610 <sup>a)</sup>	2	.447
Body Mass Index (BMI)	26,1±6,6 <sup>1)</sup>	23,0±3,7 <sup>1)</sup>	25,0±5,1 <sup>1)</sup>	28,6±6,1 <sup>1)</sup>	F(2,74) = 7.908		<b>.001*</b>
Alter [Jahre]	39,95±14,34 <sup>1)</sup>	38,3±11,3 <sup>1)</sup>	43,9±13,4 <sup>1)</sup>	43,0±15,6 <sup>1)</sup>	F(2,81) = 1.352		.265
Alter bei Ersterkrankung [Jahre]	28,38±13,53 <sup>1)</sup>	26,5±12,6 <sup>1)</sup>	30,4±11,9 <sup>1)</sup>	26,3±13,9 <sup>1)</sup>	F(2,81) = .889		.415
Diagnose nach ICD-10:					6.480 <sup>b)</sup>	6	.372
F31.3-4: Bipolar affektive Störung, depressive Episode	11 (7,48%)	4 (15%)	4 (14,3%)	1 (3,45%)			
F32: Episodisch Depressiv (MD)	36 (24,49%)	3 (11%)	7 (25%)	6 (20,7%)			
F33: Rezidivierend Depressiv	98 (66,67%)	20 (74%)	16 (57,1%)	21 (72,4%)			
F34.1: Dysthymia	2 (1,36%)	0 (0%)	1 (3,6%)	1 (3,45%)			
Anzahl psychiatrischer Diagnosen	1,2±0,5 <sup>1)</sup>	1,0±0,2 <sup>1)</sup>	1,1±0,3 <sup>1)</sup>	1,3±0,6 <sup>1)</sup>	F(2,81) = 3.333		<b>.041*</b>
Anzahl der stationär-psychiatrischen Klinikaufenthalte	1,9±5,3 <sup>1)</sup>	1,2±1,4 <sup>1)</sup>	1,9±2,6 <sup>1)</sup>	1,3±1,5 <sup>1)</sup>	F(2,80) = 1.102		.337
Medikamente [ja]	144 (98%)	26 (96%)	27 (96%)	29 (100%)	1.720 <sup>b)</sup>	2	.423
		von N=26:	von N=27:	von N=29:			
Antidepressiva	132 (90%)	26 (100%)	25 (93%)	26 (90%)	4.112 <sup>b)</sup>	2	.128
Antipsychotika	79 (54%)	8 (31%)	19 (70%)	22 (76%)	13.477 <sup>a)</sup>	2	<b>.001*</b>
Anxiolytika	16 (11%)	2 (8%)	2 (7%)	6 (21%)	2.880 <sup>b)</sup>	2	.237
Benzodiazepine	10 (7%)	2 (8%)	0 (0%)	3 (10%)	4.269 <sup>b)</sup>	2	.118
Stimmungsstabilisierer	40 (27%)	9 (35%)	9 (33%)	9 (31%)	.083 <sup>a)</sup>	2	.960

<sup>1)</sup>: Mittelwert (M) und Standardabweichung (SD). <sup>a)</sup>: Chi-Quadrat nach Pearson. <sup>b)</sup>: Likelihood-Ratio-Test.

\*: Signifikant bei  $\alpha = 0.05$ .

Die Varianzanalyse belegte, dass eine Response im BDI mit dem Body Mass Index (BMI) zusammenhing. Zur Feststellung welche der mittels ANOVA verglichenen Mittelwerte sich signifikant voneinander unterschieden, wurden für dieses Ergebnis als auch für die anderen beiden signifikanten Ergebnisse Post-hoc-Tests durchgeführt (siehe Tabelle 7). Bonferroni-korrigierte paarweise Vergleiche zeigten, dass der BMI bei einer Response ( $M = 23.025$ ,  $SD = 3.724$ ) signifikant niedriger war als bei einer Non-Response ( $M = 28.606$ ,  $SD = 6.134$ ). Auch bei partieller Response ( $M = 24,954$ ,  $SD = 5,056$ ) zeigte sich der BMI als signifikant niedriger als bei einer Non-Response ( $M = 28.606$ ,  $SD = 6.134$ ). Zwischen partieller Response und Response unterschied sich der Wert BDI nicht signifikant. Dies ist dargestellt in Abbildung 4.

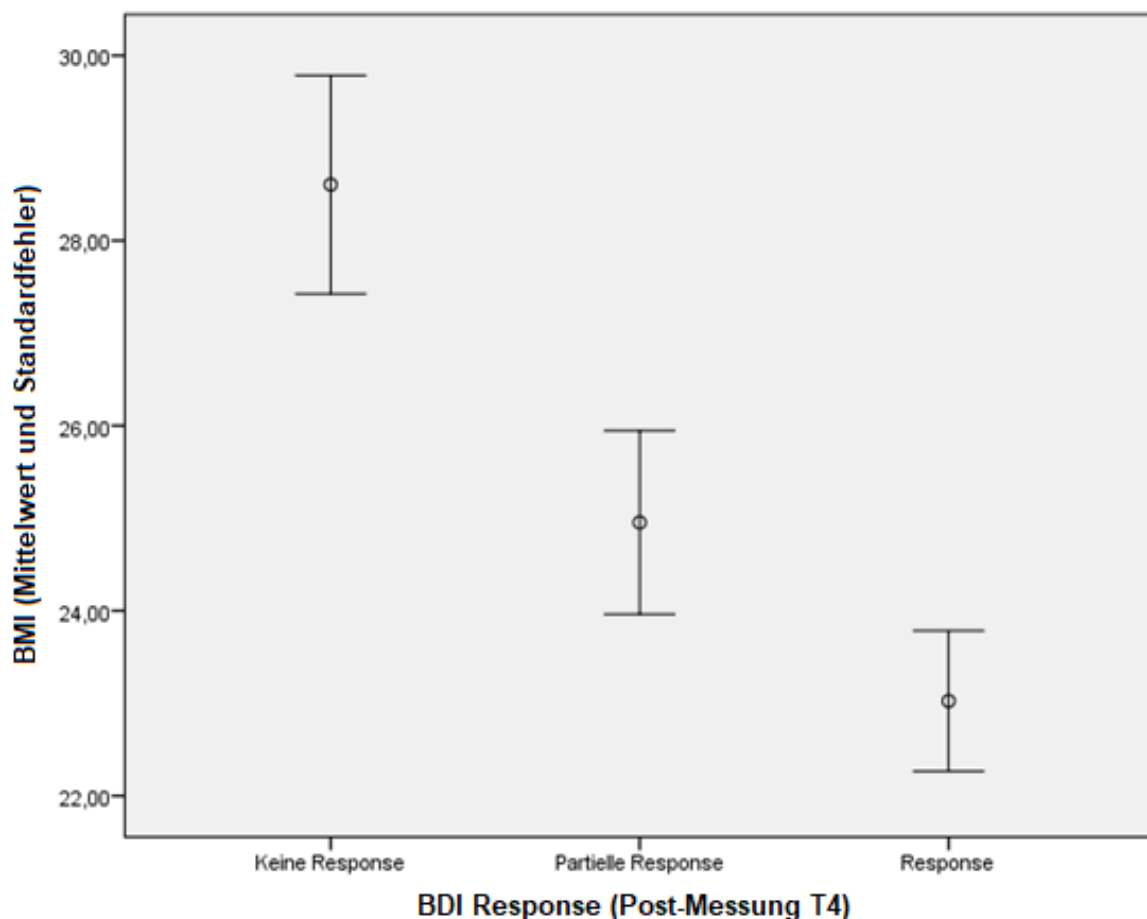


Abbildung 4. Response im BDI in Abhängigkeit vom Body Mass Index.



Zusätzlich zeigte die Varianzanalyse, dass eine Response im BDI mit der Anzahl psychischer Diagnosen in Beziehung stand. Bonferroni-korrigierte paarweise Vergleiche zeigten, dass die Anzahl psychischer Diagnosen bei einer Response ( $M = 1.04$ ,  $SD = 0.192$ ) signifikant niedriger war als bei einer Non-Response ( $M = 1.31$ ,  $SD = 0.604$ ). Zwischen partieller Response und Non-Response bzw. auch zwischen partieller Response und Response unterschied sich die Anzahl psychischer Diagnosen nicht relevant. Abbildung 5 enthält die entsprechende Darstellung, eine tabellarische Übersicht der Daten ist zu finden in Tabelle 7.

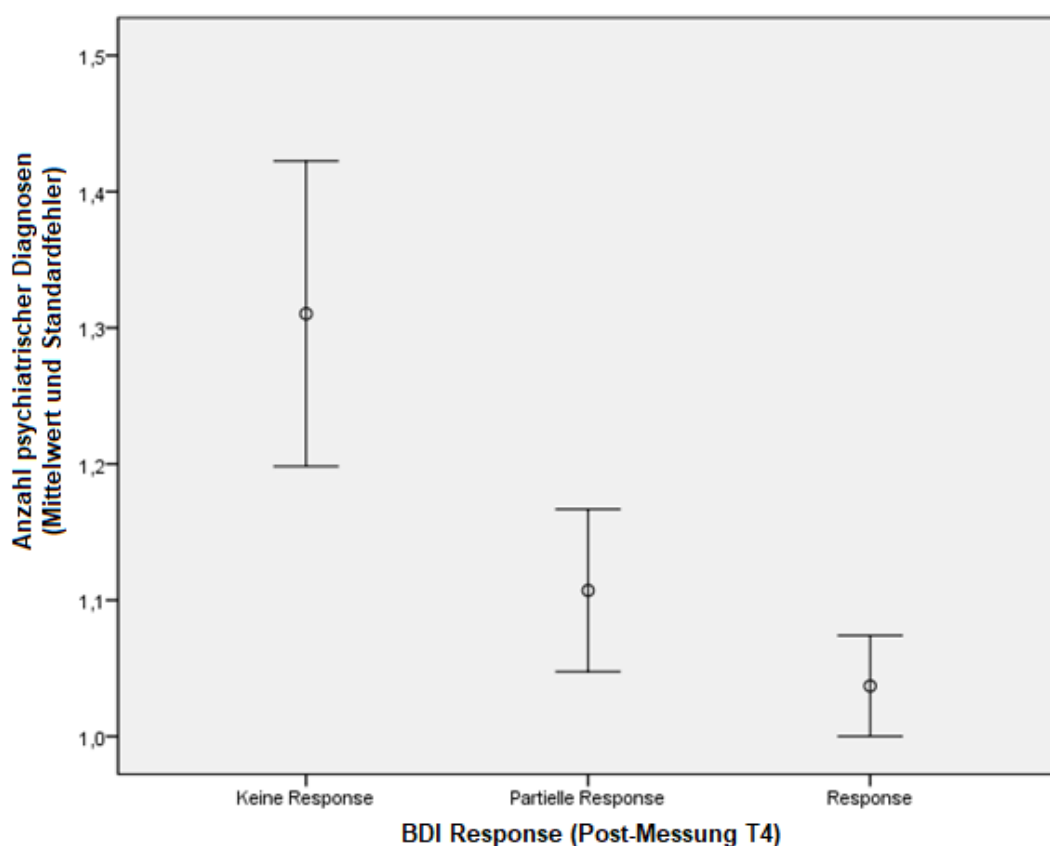


Abbildung 5. Response im BDI in Abhängigkeit von der Anzahl psychiatrischer Diagnosen.

Zuletzt demonstrierte die Varianzanalyse, dass die Response im BDI mit der Einnahme von antipsychotischer Medikation zusammenhing. Bonferroni-korrigierte paarweise Vergleiche zeigten, dass signifikant weniger Teilnehmer, die antipsychotische Medikation einnahmen, respondi-erten ( $N = 8$ ) als eine partielle Response ( $N = 19$ ) oder Response ( $N = 22$ ) zu erreichen. Einen signifikanten Unterschied zwischen der Anzahl partieller Responder und Non-Responder gab es bei Einnahme von Antipsychotika nicht. Dies wird in Abbildung 6 aufgezeigt sowie in Tabelle 7 beschrieben.

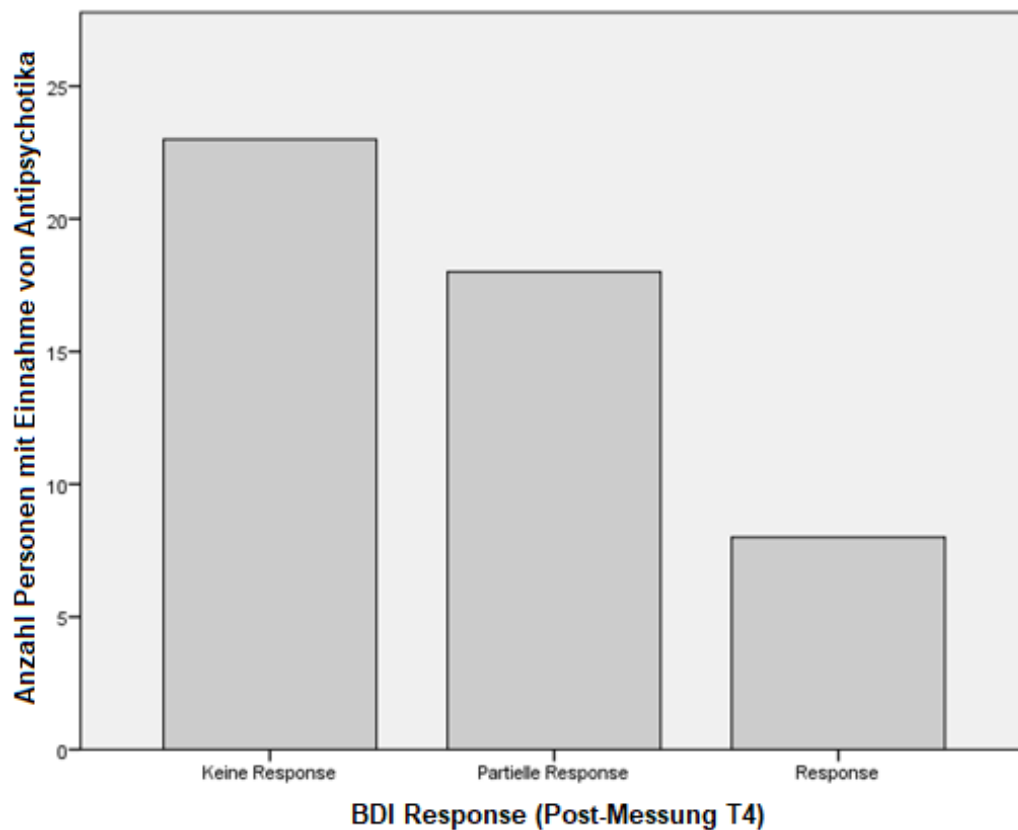


Abbildung 6. Response im BDI in Abhängigkeit von der Einnahme von Antipsychotika.

**Tabelle 7**

*Ergebnisse der Post-hoc-Tests: Bonferroni-korrigierte paarweise Vergleiche.*

		(I) BDI Response (T4)	(J) BDI Response (T4)	Mittlere Differenz (I-J)	Standard- fehler	p- Wert	95%-Konfidenz- intervall	
							Unter- grenze	Ober- grenze
BMI	Non-Response	Partielle Response		3.652	1.406	.034	-.209	7.095
		Response		5.581	1.435	.001	2.065	9.096
	Partielle Response	Non-Response		-3.652	1.406	.034	-7.095	-.209
		Response		1.929	1.448	.561	-1.619	5.476
	Response	Non-Response		-5.581	1.435	.001	-9.096	-2.065
		Partielle Response		-1.929	1.448	.561	-5.476	1.616
Anzahl psychiatrischer Diagnosen	Non-Response	Partielle Response		.20	.110	.202	-.06	.47
		Response		.27	.111	.047	.00	.54
	Partielle Response	Non-Response		-.20	.110	.202	-.47	.06
		Response		.07	.112	1.000	-.20	.34
	Response	Non-Response		-.27	.111	.047	-.54	.00
		Partielle Response		.07	.112	1.000	-.34	.20
Einnahme von Antipsychotika	Non-Response	Partielle Response		-.05	.122	1.000	-.35	.24
		Response		-.45	.123	.001	-.75	-.15
	Partielle Response	Non-Response		.05	.122	1.000	-.24	.35
		Response		-.40	.125	.007	-.70	-.09
	Response	Non-Response		.45	.123	.001	.15	.75
		Partielle Response		.40	.125	.007	.09	.70

### 3.5.2 Einflussfaktoren auf die Veränderung des Selbstwertes

Abschließend wurde mittels explorativer Datenanalyse geprüft, ob es weitere demographische und klinische Einflussfaktoren auf die Veränderung des Selbstwertes gab.

Die Berechnung des Medians des Differenzwertes (T4-T0) ergab einen Wert von 14, was in Abbildung 7 darstellt ist. Die Hälfte der 84 an der Post-Messung (T4) teilgenommen Patienten war also um mindestens 14 Punkte im MSWS Gesamtwert von T0 bis T4 gestiegen, die andere Hälfte um weniger als 14 Punkte. Da mehrere Teilnehmer bei Post-Messung T4 genau 14 Punkte mehr erzielten als bei Prä-Messung T0 und somit genau auf dem errechneten Median lagen, konnte die Gruppe (N=84) nicht in zwei exakt gleiche Hälften gesplittet werden, sondern ergaben sich zwei Gruppen von N=43 Teilnehmern mit einem Median  $\geq 14$  und N=41 Teilnehmern mit einem Median von  $< 14$ .

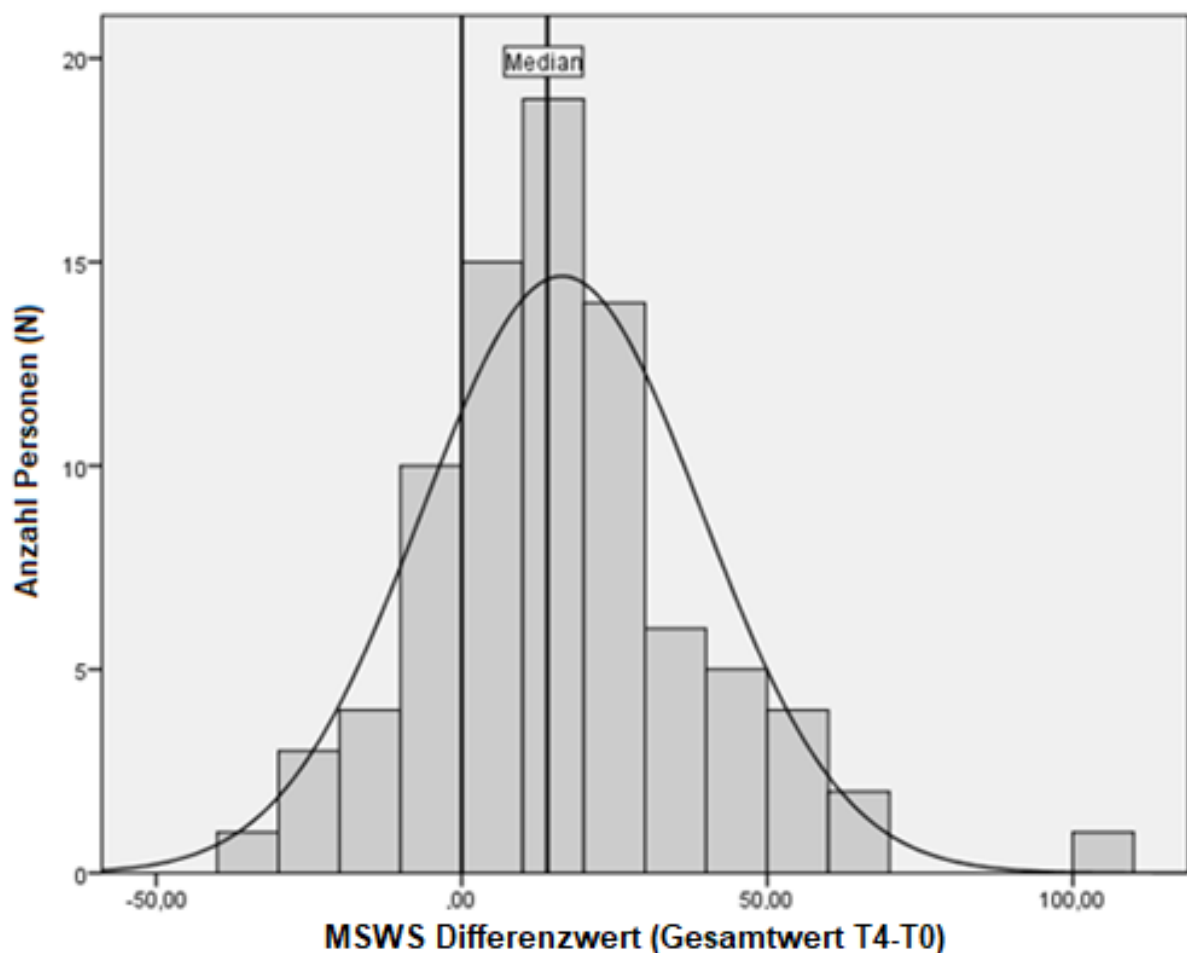


Abbildung 7. Differenzwert MSWS und Datensplit am Median. Median = 14, M = 16,38, SD = 22,86.

Durch die anschließenden Berechnungen am gesplitteten Datensatz mittels t-test (2-seitig) und dem Exakten Test nach Fisher (2-seitig) bzw. Chi-Quadrat-Test (abhängiger Faktor: MSWS Differenzwert; unabhängige Faktoren: Geschlecht, BMI, Alter, Alter bei Ersterkrankung, Diagnose, Anzahl psychiatrischer Diagnosen, Anzahl stationär-psychiatrischer Klinikaufenthalte, Medikamente) ließ sich bei einem Einflussfaktor ein signifikantes Ergebnis feststellen. Dieser war der Body Mass Index (BMI) wie Tabelle 8 aufzeigt ( $t(75) = 3,066$ ,  $p = .003$ ). Patienten, deren Selbstwert nach Teilnahme an der Selbstwertgruppe um mindestens 14 Punkte im MSWS gestiegen war, hatten einen signifikant niedrigeren BMI ( $M = 23.8$ ,  $SD = 3.8$ ) als Patienten, deren Selbstwert um weniger als den Medianwert von 14 Punkten gestiegen war ( $M = 27.5$ ,  $SD = 6.7$ ).

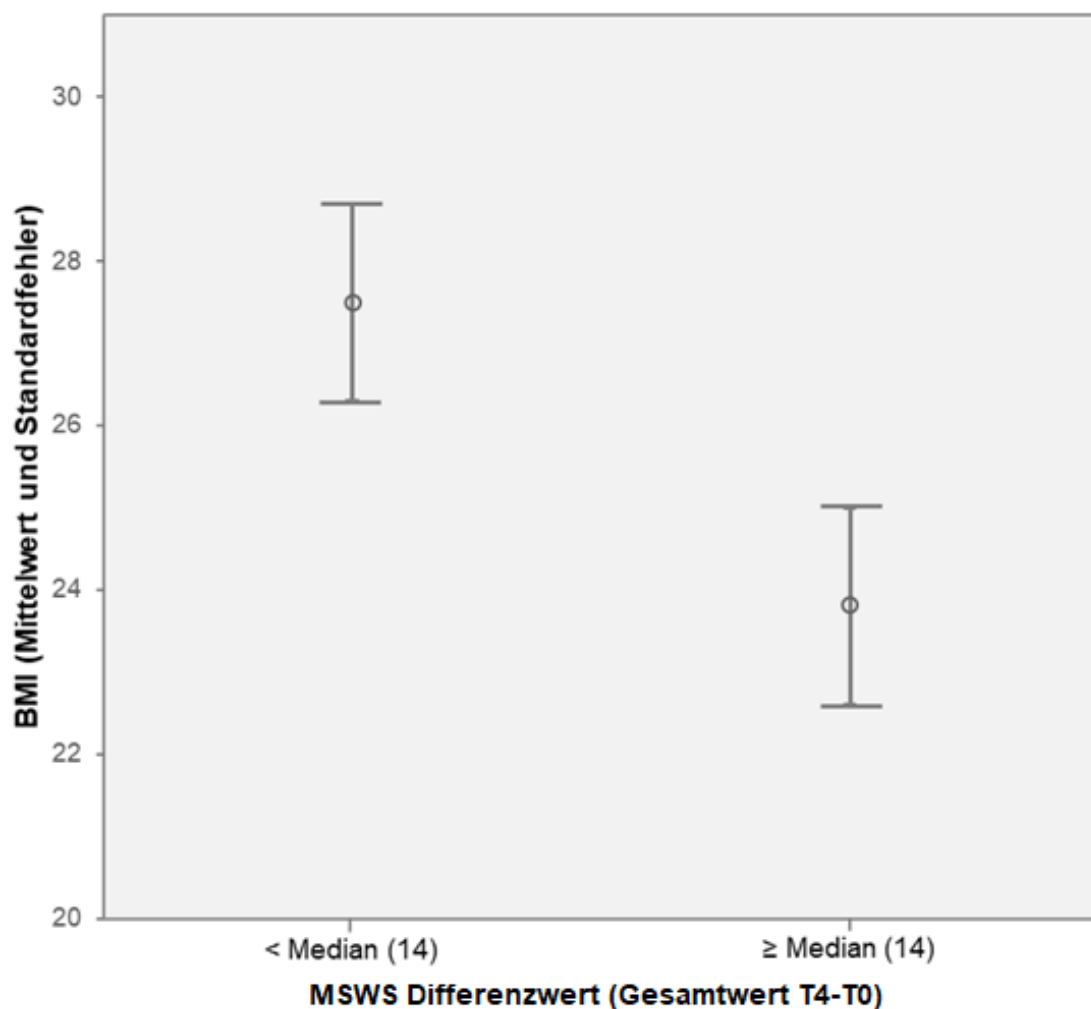


Abbildung 8. MSWS Differenzwert von Post- und Prämessung (T4-T0) in Abhängigkeit vom Body Mass Index.

**Tabelle 8**

Mittelwertvergleich der demographischen und klinischen Daten des am Median gesplitteten MSWS Differenzwertes (T4-T0).

	Alle Patienten N=147	MSWS Differenzwert des Gesamtwertes T4-T0 N=84		Statistische Auswertung: • T-test (quantitative Variablen) • Exakter Test nach Fisher bzw. Likelihood-Ratio-Test (qualitative Variablen)		
		< Median 14 N=41	≥ Median 14 N=43	t oder LR <sup>b)</sup>	df	p-Wert
Geschlecht [w/m]	85/62 58%/42%	21/20 51%/49%	15/18 58%/42%			.661 <sup>a)</sup>
Body Mass Index (BMI)	26,1±6,6 <sup>1)</sup>	27,5±6,7 <sup>1)</sup>	23,8±3,8 <sup>1)</sup>	3.066	75	<b>.003*</b>
Alter [Jahre]	39,95±14,34 <sup>1)</sup>	42,9±15,0 <sup>1)</sup>	40,7±12,4 <sup>1)</sup>	.721	82	.473
Alter bei Ersterkrankung [Jahre]	28,38±13,53 <sup>1)</sup>	25,8±12,0 <sup>1)</sup>	29,6±13,4 <sup>1)</sup>	-1.372	82	.174
Diagnose nach ICD-10:				6.836	3	.077 <sup>b)</sup>
F31.3-4: Bipolar affektive Störung, depressive Episode	11 (7,48%)	2 (5%)	7 (16%)			
F32: Episodisch Depressiv (MD)	36 (24,49%)	10 (24%)	6 (14%)			
F33: Rezidivierend Depressiv	98 (66,67%)	27 (66%)	30 (70%)			
F34.1: Dysthymia	2 (1,36%)	2 (5%)	0 (0%)			
Anzahl psychiatrischer Diagnosen	1,2±0,5 <sup>1)</sup>	1,2±0,5 <sup>1)</sup>	1,1±0,3 <sup>1)</sup>	.849	82	.399
Anzahl der stationär-psychiatrischen Klinikaufenthalte	1,9±5,3 <sup>1)</sup>	1,8±2,4 <sup>1)</sup>	1,2±1,2 <sup>1)</sup>	1.232	81	.222
Medikamente [ja]	144 (98%)	41 (100%)	41 (95%)			.494 <sup>a)</sup>
		von N=41:	von N=41:			
Antidepressiva	132 (90%)	39 (95%)	38 (93%)			1.000 <sup>a)</sup>
Antipsychotika	79 (54%)	29 (71%)	20 (49%)			.071 <sup>a)</sup>
Anxiolytika	16 (11%)	6 (15%)	4 (10%)			.737 <sup>a)</sup>
Benzodiazepine	10 (7%)	2 (5%)	3 (7%)			1.000 <sup>a)</sup>
Stimmungs-stabilisierer	40 (27%)	15 (37%)	12 (29%)			.639 <sup>a)</sup>

<sup>1)</sup>: Mittelwert (M) und Standardabweichung (SD). <sup>a)</sup>: Exakter Test nach Fisher (2-seitig). <sup>b)</sup>: Likelihood ratio test (LR = Likelihood ratio = Likelihoodquotient). \*: Signifikant bei  $\alpha = 0.05$ .

## **4 Diskussion**

Das Ziel der vorliegenden Studie war die Evaluation einer kognitiv-verhaltenstherapeutischen Selbstwertgruppe im Rahmen der (teil)stationär-psychiatrischen Behandlung. Es wurde untersucht, inwiefern sich die Teilnahme an der Selbstwertgruppe auf die Schwere der depressiven Symptomatik und die Höhe des Selbstwertes der teilnehmenden Patienten auswirkte.

Zudem sollte überprüft werden, inwiefern Depression und Selbstwert miteinander im Zusammenhang stehen, ob sich Änderungen bezüglich depressiver Symptomatik und Selbstwert gegenseitig beeinflussen und von welchen weiteren Parametern Veränderungen hinsichtlich depressiver Symptomatik und des Selbstwertes möglicherweise abhängen.

Nachfolgend werden die Ergebnisse inhaltlich diskutiert sowie Limitationen und Implikationen der vorliegenden Studie dargestellt.

### **4.1 Beantwortung der Forschungsfragen**

Die Hypothese der ersten Forschungsfrage war, dass bei Teilnahme an der kognitiv-verhaltenstherapeutischen Selbstwertgruppe die depressive Symptomatik verringert wird. Hinsichtlich der zweiten Forschungsfrage wurde angenommen, dass bei Teilnahme an der KVT-Selbstwertgruppe der Selbstwert gesteigert wird.

Die erste Hypothese wurde durch die Forschungsergebnisse, die eine lineare Verringerung des Schweregrades der depressiven Symptomatik der Patienten über die fünf Messzeitpunkte (T0 bis T4) der Behandlung hinweg aufzeigten, belegt. Es kann schlussgefolgert werden, dass sich bei Teilnahme an der KVT-Selbstwertgruppe depressive Symptome verringern. Dieses Ergebnis steht im Einklang mit den Ergebnissen früherer Studien, in denen ebenfalls KVT-Selbstwertgruppen, jedoch unter Verwendung anderer Therapiemanuale und mit transdiagnostischen Stichproben oder ohne Angabe jeglicher Diagnosen, u.a. hinsichtlich

deren Einflusses auf depressive Symptomatik evaluiert wurden (Kunikata et al., 2016a; Kunikata et al., 2016b; Morton et al., 2012; Waite, McManus & Shafran, 2012; Rigby & Waite, 2006). Aufgrund der großen Stichprobe, die zusätzlich im Gegensatz zu früheren Studien nur depressive Patienten umfasst, ist dieses Ergebnis jedoch repräsentativer als die Ergebnisse früherer Studien. Zudem konnte festgestellt werden, dass die Schwere der depressiven Symptomatik bereits im Verlauf der Behandlung (gemessen nach jeder zweiten Gruppensitzung) linear sank. Aufgrund fehlender Verlaufsmessungen in früheren Evaluationsstudien konnte bisher keine Aussage hierüber, sondern nur über die Prä-Post-Veränderung, getroffen werden (Kunikata et al., 2016a; Kunikata et al., 2016b; Morton et al., 2012; Waite, McManus & Shafran, 2012; Rigby & Waite, 2006).

Auch die zweite Hypothese wurde durch die Ergebnisse bestätigt. Die Ergebnisse belegen eine Steigerung des Selbstwertes der Patienten von Anfangs- bis Abschlussmessung, sodass ein Effekt bei Teilnahme an der KVT-Selbstwertgruppe auf die Höhe des Selbstwertes konkludiert werden kann. Auch dieses Resultat repliziert die Ergebnisse früherer Evaluationen von KVT-Selbstwertgruppen, die ebenfalls Erfolge hinsichtlich der Selbstwertstärkung verzeichneten (Krüger & Erm, 2010; Jacob et al., 2006; Hakim-Larson & Mruk, 1997). Zudem bestätigt dieser Befund die Wirkung des in dieser Studie verwendeten überarbeiteten Manuals von Potreck-Rose und Jacob (2008), das in dieser Form zuvor nicht evaluiert wurde.

Des Weiteren wurde überprüft, inwiefern die Schwere der depressiven Symptomatik und die die Höhe des Selbstwertes zusammenhängen und ob sich Änderungen bezüglich depressiver Symptomatik und Selbstwert gegenseitig beeinflussen.

Es konnte festgestellt werden, dass der bei der Anfangsmessung gemessene Schweregrad der depressiven Symptome negativ assoziiert war mit dem vorhandenen Selbstwert der Patienten. Dies bedeutet, dass Patienten, die ihren Selbstwert vor Beginn der Gruppentherapie höher

einschätzten, zu diesem Zeitpunkt eine geringere Depressionssymptomatik vorwiesen als Patienten, die ihren Selbstwert niedriger einschätzten. Analog zu diesem Ergebnis bekräftigte die inverse Analyse den Zusammenhang zwischen Schwere depressiver Symptome und Höhe des Selbstwertes bei der Anfangsmessung. Es konnte festgestellt werden, dass die bei der Anfangsmessung ermittelte Höhe des Selbstwertes negativ assoziiert war mit dem initialen Schweregrad der Depression. Depressive Patienten, die anfänglich eine höhere depressive Symptomatik aufwiesen, hatten somit zu diesem Zeitpunkt einen niedrigeren Selbstwert.

Die Ergebnisse, dass die Höhe des Selbstwertes und die Schwere der Depression invers zusammenhängen, bestätigen die Ergebnisse früherer Studien (Steiger, Allemand, Robins & Fend, 2014; Corrigan, Watson & Barr, 2006; Dumont & Provost, 1999; Battle, 1978). Darüber hinaus stehen die Ergebnisse sowohl im Einklang mit dem Ansatz des Vulnerabilitätsmodells, demzufolge ein niedriger Selbstwert einen Risikofaktor für die Genese einer Depression darstellt (Beck, 1967; Zeigler-Hill, 2010), als auch mit der Idee des „Scar“-Modells, welches besagt, dass ein niedriger Selbstwert eine Folge von Depression ist (Zeigler-Hill, 2010). Eine Aussage über die Kausalität der Beziehung von Selbstwert und Depression kann durch die vorliegenden Ergebnisse nicht getätigt werden, stattdessen sprechen diese für ein Bestehen beider Modelle nebeneinander im Sinne einer wechselseitigen Beziehung. Bisherige Studien belegen überwiegend das Vulnerabilitätsmodell (Orth, Robins, Widaman & Conger, 2014; Sowislo & Orth, 2013; Orth, Robins & Roberts, 2008). Jedoch gibt es auch Evidenz für das „Scar“-Modell (Orth & Robins, 2013; Shahar & Davidson, 2003). Ein Bestehen beider Modelle im Sinne eines reziproken Beziehungsmodells wird ebenfalls durch verschiedene Autoren in Betracht gezogen (Orth & Robins, 2013; Shahar, Blatt, Zuroff, Kupermine & Leadbeater, 2004).

Der beschriebene inverse Zusammenhang zwischen Höhe des Selbstwertes und Schwere der depressiven Symptomatik wurde durch weitere der Forschungsergebnisse bekräftigt. Die



Ergebnisse dieser Studie zeigten darüber hinaus eine stärkere lineare Verringerung des Schweregrades der depressiven Symptomatik im Verlauf der Gruppentherapie, wenn der Selbstwert der Patienten von der Anfangs- bis zur Abschlussmessung mehr zunahm. Dies bedeutet, dass je mehr der Selbstwert anstieg, desto mehr verringerten sich die depressiven Symptome. Entsprechend dieses Ergebnisses bestätigte die umgekehrte Analyse ebenfalls den gefundenen Zusammenhang im Hinblick auf die Veränderung des Selbstwertes und der depressiven Symptomatik. Es konnte festgestellt werden, dass eine Steigerung des Selbstwertes mit einer Verringerung der depressiven Symptomatik korreliert. Der Selbstwert stieg folglich mehr, je mehr sich der Schweregrad der Depression verringerte.

Die Studienergebnisse zeigen somit nicht nur auf, dass die Teilnahme an der Selbstwertgruppe depressive Symptomatik verringert und den Selbstwert stärkt und Schwere von Depression und Höhe von Selbstwert invers zusammenhängen, sondern dass eine Veränderung beider Kriterien durch die Veränderung des jeweils anderen beeinflusst wird. Diese Feststellung ist bedeutend, da sie einen Längsschnittstudienbeweis für den angenommenen Zusammenhang zwischen Höhe von Selbstwert und Schwere der Depression abbildet (Corrigan et al., 2006; Butler, Hokanson & Flynn, 1994). Zudem kann auch durch diese Ergebnisse sowohl das Vulnerabilitäts- als auch das „Scar“-Modell bekräftigt werden.

Obwohl die Verringerung der depressiven Symptomatik mit der Steigerung des Selbstwertes in Beziehung steht, war die Verringerung nicht assoziiert mit dem anfänglich gemessenen Selbstwert. Die Höhe des initialen Selbstwertes hatte somit keinen Effekt darauf, ob die Patienten besser oder schlechter hinsichtlich ihrer depressiven Symptomatik reagierten, sondern spiegelte nur den anfänglichen Schweregrad der depressiven Symptomatik wieder.

Im Gegensatz zum initialen Selbstwert, dessen Höhe keinen Einfluss auf das Maß der Veränderung der depressiven Symptomatik hatte, zeigten die weiteren Ergebnisse, dass der anfänglich gemessene Schweregrad der depressiven Symptomatik einen Effekt auf das Maß

der Veränderung des Selbstwertes hatte. Dies bedeutet, dass der Selbstwert der an der Selbstwertgruppe teilnehmenden Patienten je weniger anstieg, desto stärker die initial vorliegende Beeinträchtigung im Sinne einer höheren depressiven Symptomatik war. Dieses Resultat bekräftigt das „Scar“-Modell: eine schwerere depressive Symptomatik hinterlässt eventuell größere „Narben“ im Sinne eines schwerer veränderbaren Selbstwertes. Hinsichtlich der KVT-Selbstwertgruppe kann dieses Ergebnis darauf hindeuten, dass Patienten mit schwer ausgeprägter Depression zunächst auf diejenigen Interventionen (z.B. Aufbau positiver Aktivitäten, Selbstbeobachtung) ansprechen, die sich mit üblichen KVT-Interventionen zur Depressionsbehandlung überschneiden (vgl. Hautzinger, 2013; Margraf & Schneider, 2009) und Patienten mit geringer ausgeprägter Symptomatik besser auf gezielte Interventionen zur Selbstwertstärkung reagieren. Wie eingangs beschrieben, wird bei Depressionen ein biopsychosoziales Störungsmodell angenommen (Thase, 2009; Brakemeier et al., 2008) und bei schweren Episoden einer Depression eine Kombinationstherapie bestehend aus Psychopharmaka und Psychotherapie empfohlen (DGPPN, 2015). Dass Patienten, deren depressive Symptomatik zu Beginn der Gruppentherapie schwerer ausgeprägt ist, durch die KVT-Selbstwertgruppe weniger in ihrem Selbstwert bestärkt werden, weist in der Zusammenschau mit dem Ergebnis des inversen Zusammenhangs von Depressions- und Selbstwertveränderung darauf hin, dass auch deren depressive Symptomatik vermutlich weniger sinkt. Die KVT-Selbstwertgruppe könnte somit für Patienten mit initial schwer ausgeprägter depressiver Symptomatik nicht die Intervention erster Wahl sein, sondern sich eher für Patienten mit leicht bis mittelgradig ausgeprägter Symptomatik eignen oder für Patienten, deren schwere depressive Symptomatik bereits durch andere Interventionen (z.B. Antidepressiva oder gezielte antidepressive Psychotherapie) etwas verringert werden konnte. Die Ergebnisse sind jedoch nicht eindeutig, da gleichzeitig kein Effekt der initialen Höhe des Selbstwertes, die wiederum invers mit der initialen Schwere der depressiven Symptomatik zusammenhängt, darauf hindeutet, ob die Patienten besser oder schlechter hinsichtlich ihrer

depressiven Symptomatik reagierten. Es bedarf somit weiterer Studien, um die Anwendbarkeit bei schwerer depressiver Symptomatik genauer explorieren zu können.

Ferner wurde die Veränderung von Anfangs- bis Abschlussmessung auf weitere demographische und klinische Faktoren überprüft, die eventuell dazu beigetragen haben könnten, dass die Teilnehmer mehr oder weniger auf die Gruppentherapie hinsichtlich depressiver Symptomatik und Selbstwert angesprochen haben.

Die Ergebnisse legen dar, dass die Einnahme antipsychotischer Medikation ein möglicher Einflussfaktor auf das Maß der Veränderung der depressiven Symptomatik gewesen sein könnte. Es wurde festgestellt, dass von denjenigen Patienten, die in Bezug auf ihre depressive Symptomatik respondierten, deutlich weniger Personen eine antipsychotische Medikation einnahmen, als von denjenigen Patienten, die eine partielle oder keine Response zeigten. Die Einnahme von Antipsychotika könnte somit möglicherweise ein Faktor sein, der dazu beiträgt, weniger von der Selbstwertgruppe hinsichtlich einer depressiven Symptomlinderung profitieren zu können. Unklar ist hierbei inwiefern bzw. weshalb die Einnahme von Antipsychotika ein Einflussfaktor gewesen sein kann. Einerseits wirft dieses Ergebnis die Überlegung auf, dass die Wirkungen oder insbesondere Nebenwirkungen von antipsychotischer Medikation wie Sedierung und Einschränkung der Konzentrationsfähigkeit zu Beginn der Einnahmezeit (Benkert, Hautzinger & Graf-Morgenstern, 2016) einen Einfluss auf die aktive Teilnahme an der Gruppentherapie und somit das Ansprechen auf die Behandlung gehabt haben könnten. Andererseits liegt der Gedanke nahe, dass auch der Hintergrund der Einnahme ursächlich gewesen sein könnte. Antipsychotische Medikation ist bei schweren depressiven Episoden mit psychotischen Symptomen indiziert (DGPPN, 2015), somit ist dieses Studienergebnis eventuell auch mit dem zuvor beschriebenen Befund in Verbindung zu sehen (initial höhere depressive Symptomatik bewirkt weniger Steigung des Selbstwertes und somit eventuell eine geringere Senkung depressiver Symptomatik).

Zusätzlich werden Antipsychotika immer öfter in Kombination mit Antidepressiva bei therapieresistenten Depressionen auch ohne psychotische Symptome augmentierend eingesetzt (Schreiber & Hadersdorfer, 2010; Tadic & Lieb, 2007; Möller, 2004). Eventuell haben demgemäß Patienten mit antipsychotischer Medikation auch vor der Teilnahme an der KVT-Selbstwertgruppe bereits weniger auf Behandlungsversuche respondiert oder waren schwerer im Sinne von zusätzlichen psychotischen Symptomen erkrankt. Auch könnte bei Therapieresistenz eine Reevaluation der depressiven Diagnose sinnvoll sein (Möller, 2004). Den nationalen Versorgungs-Leitlinien der Unipolaren Depression und weiteren empirischen Belegen zufolge ist eine Kombinationstherapie bestehend aus Psychotherapie und Pharmakotherapie bei schweren depressiven Episoden indiziert (DGPPN, 2015; Karyotaki et al., 2016; Cuijpers et al., 2010). Die Wirkmechanismen und (Neben)wirkungen der psychopharmakologischen Kombinationstherapie von Antidepressiva und Antipsychotika bei nicht-psychotischen Depressionen sind jedoch noch nicht für alle antipsychotisch wirkenden Präparate ausreichend erforscht (Schreiber & Hadersdorfer, 2010; Tadic & Lieb, 2007; Möller, 2004), somit auch nicht diejenigen einer Kombination aus Psychotherapie mit Kombinationstherapie von Antidepressiva und Antipsychotika.

Ein weiterer Parameter, der eventuell Einfluss auf eine Veränderung der depressiven Symptomatik bei Teilnahme an der Selbstwertgruppe gehabt haben könnte, war die Anzahl psychischer Diagnosen. Bei Patienten, die eine geringere Anzahl an Diagnosen aufwiesen, verringerte sich die depressive Symptomatik stärker als bei Personen mit einer höheren Anzahl an psychischer Komorbiditäten. Eine höhere psychische Komorbidität könnte diesem Ergebnis zufolge somit ein Prädiktor für eine schlechtere Response auf die Selbstwertgruppe sein. Beim Betrachten der aktuellen Studienlage fällt auf, dass dies kontrovers diskutiert wird. Die Mehrzahl bisheriger Studienergebnisse ergab, dass psychische Komorbidität weder ein Prädiktor für das Behandlungsergebnis einer kognitiv-verhaltenstherapeutischen Behandlung noch eine Kontraindikation für die Teilnahme an KVT-Gruppen für depressive Patienten

darstellt (Weersing, Iyengar, Kolko, Birmaher & Brent, 2006; Rohde, Clarke, Lewinsohn, Seeley & Kaufman, 2001). Andere Studienbefunde weisen dagegen schon auf das Bestehen von psychischer Komorbidität als negativen Einflussfaktor auf Behandlungsergebnisse bei affektiven Störungen hin (Hölzel, von Wolff, Kriston & Härter, 2010; Ollendick, Jarrett, Grills-Taquechel, Hovey & Wolff, 2008). Zudem ist die Studienlage hinsichtlich eines höheren Chronifizierungsrisikos und einer ungünstigeren Prognose von Depressionen bei psychischer Komorbidität recht eindeutig (DGPPN, 2015). Die Ergebnisse der vorliegenden Studie sind unter Einbezug der Anzahl und Art der vorhandenen Komorbiditäten der Stichprobe näher zu betrachten, um sie inhaltlich sinnvoller einordnen und diskutieren zu können. Zwar zeigte sich in dieser Forschungsarbeit, dass sich eine höhere Anzahl komorbider psychischer Störungsbilder negativ auf die Response hinsichtlich der depressiven Symptomatik auswirkt, hier gilt allerdings zu beachten, dass die Patienten maximal zwei Diagnosen aufwiesen. Die deskriptiven Ergebnisse legen dar, dass mehr als die Hälfte der Patienten mit komorbider psychischer Diagnose eine Persönlichkeitsstörung aufwiesen. Studien hierzu implizieren, dass das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung einen negativen Effekt auf das Therapieergebnis bei Depressionen hat und das Rückfallrisiko erhöht (DGPPN, 2015; Newton-Howes et al., 2013; Kronmüller & Mundt, 2006). Andere Studien ergaben jedoch auch, dass ein solch negativer Effekt von Persönlichkeitsstörungen unter Verwendung der meisten Therapieformen, auch Pharmakotherapie, besteht, jedoch nicht oder in geringerem Ausmaß bei kognitiver Verhaltenstherapie (Carter, Luty, McKenzie, Mulder, Frampton & Joyce, 2011; Shea, Widiger & Klein, 1992). Das vorliegende Ergebnis ist somit eventuell unter anderem vor diesem Hintergrund zu interpretieren. Der Effekt von Komorbiditäten, insbesondere Persönlichkeitsstörungen, auf die Wirkung der KVT-Selbstwertgruppe sollte in nachfolgenden Studien näher betrachtet werden.

Als möglicher Einflussfaktor sowohl auf die Veränderung der depressiven Symptomatik als auch auf die Veränderung des Selbstwertes konnte der Body Mass Index (BMI) identifiziert

werden. Teilnehmer mit einem niedrigeren BMI erreichten eine größere Reduktion ihrer depressiven Symptomatik und eine größere Steigerung ihres Selbstwertes als Teilnehmer mit einem höheren BMI. Der Mittelwert des BMI der Patienten, die eine Response oder partielle Response hinsichtlich ihrer depressiven Symptomatik erzielten sowie der Mittelwert der Patienten, deren Selbstwert um mindestens den errechneten Medianwert gestiegen war, lag dabei im Bereich des nach WHO klassifizierten Normalgewichts (BMI(kg/m<sup>2</sup>): 18,5-24,99; WHO: Global Database on Body Mass Index, 2017). Der Mittelwert des BMI derjenigen Patienten, die nicht bezüglich depressiver Symptomatik respondierten sowie derjenigen Patienten, deren Selbstwert um weniger als den Medianwert gestiegen war, lag im nach WHO klassifizierten übergewichtigen, präadipösen Bereich (BMI(kg/m<sup>2</sup>): 25,0-29,99; WHO: Global Database on Body Mass Index, 2017). Diese Ergebnisse entsprechen verschiedenen Untersuchungen, die belegen, dass übergewichtige Personen über einen signifikant niedrigeren Selbstwert verfügen als normalgewichtige (Krause, Ellert, Kroll & Lampert, 2014; Strauss, 2000; Kreikebaum, 1999). Ein niedriges Selbstwertgefühl steht empirischen Untersuchungen zu Folge im engen Zusammenhang mit gestörtem Essverhalten jeder Art und ist ein Risikofaktor für Essstörungen (Dechêne, 2008; Cervera, Lahortiga, Martinez-González, Gual, de Irala-Estévez & Alonso, 2003; Fairburn, Cooper & Shafran, 2003; Button, Loan, Davies & Sonuga-Barke, 1997). Kognitiv-verhaltenstherapeutische Maßnahmen zur Behandlung von Essstörungen beinhalten daher bereits Interventionen zur Selbstwertstärkung (Fairburn et al., 2003). Überdies ist ein höherer BMI mit einem ungünstigeren Verlauf einer Depression assoziiert (Opel et al., 2015), was dem Ergebnis, dass Patienten mit höherem BMI weniger von der Selbstwertgruppe hinsichtlich depressiver Symptome profitieren, entspricht.

Von den übrigen Faktoren Geschlecht, Alter, Alter bei Ersterkrankung, Art der depressiven Diagnose, Anzahl stationär-psychiatrischer Klinikaufenthalte sowie der weiteren angegebenen psychiatrischen Medikamente zeigte sich das Ansprechen auf die Selbstwertgruppe bezüglich Maß der Veränderung depressiver Symptomatik und Selbstwert unabhängig.

## **4.2 Limitationen und Forschungsperspektiven**

Kritisch anzumerken an der vorliegenden Studie ist das Fehlen einer Kontrollgruppe. Eine randomisierte Studie mit einer Kontrollgruppe zusätzlich zur Experimentalgruppe wäre ein valideres Studiendesign gewesen, um Rückschlüsse auf die Effekte der Selbstwertgruppe zu ziehen. Insbesondere die Pharmakotherapie, die 98% der Probanden erhielten, davon 89,9% in Form von Antidepressiva, hatte möglicherweise einen konfundierenden Effekt auf die Studienergebnisse. Diesem Aspekt wurde in dieser Forschungsarbeit mittels explorativer Datenanalyse Beachtung geschenkt; Ergebnisse mit einer vorhandenen Kontrollgruppe wären jedoch diesbezüglich aussagekräftiger gewesen.

Zwar litt jeder Studienteilnehmer an einer depressiven Episode, diese konnte aber innerhalb verschiedener affektiver Störungsbilder auftreten. Der Großteil der Teilnehmer litt unter einer unipolaren Depression (91,2%), aber auch Patienten mit Dysthymia und einer depressiven Episode innerhalb einer bipolar affektiven Störung wurden eingeschlossen. Zukünftige Evaluationen sollten auf ein noch homogeneres Diagnosebild der Depression achten.

Die vorliegende Forschungsarbeit umfasste ferner nur zwei Messzeitpunkte des Selbstwertes: Prä- und Postmessung. Hierdurch konnte ermittelt werden, dass die Verringerung der Schwere der Depression über die verschiedenen Messzeitpunkte hinweg im Zusammenhang steht mit der Differenz des Selbstwertes zu diesen zwei Messzeitpunkten. Ein Studiendesign, bei welchem sich alle Zeitpunkte, auch die der Verlaufsmessungen von Depression und Selbstwert, entsprechen, wäre eine wesentliche Verbesserung, um den Zusammenhang der Veränderungen noch genauer zu durchleuchten.

Zudem wurden als Messinstrumente für die vorliegende Studie ausschließlich Selbstbeurteilungsfragebögen eingesetzt. Als ergänzende Messung der depressiven Symptomatik könnte in zukünftigen Forschungsarbeiten ein Fremdrating dienen, z.B. die Hamilton-Depressionsskala (HAMD; Hamilton, 1960), die zu denselben Messzeitpunkten

verwendet werden könnte. Die Verwendung eines Fremdbeurteilungsbogens ist jedoch aufgrund des angewendeten Beck-Depressions-Inventars (BDI) wegen einer hohen Korrelation der Selbstbeurteilungsskala zu Fremdratingskalen nicht unbedingt notwendig. Zwischen der HAMD und dem BDI bestehen mittlere bis hohe Korrelationen ( $r$  von 0,41 bis 0,75; Richter, Werner, Heerlein, Kraus & Sauer, 1996). Aufgrund dieser Korrelation und da sich das BDI als weltweit am meisten verwendetes sowie reliables und valides Messinstrument etabliert hat (Richter et al., 1996), wurde auf ein Fremdrating der depressiven Symptomatik verzichtet. Bezüglich der Selbstwertmessung besteht überdies die Notwendigkeit der Verwendung von Selbstbeurteilungsfragebögen, da der Selbstwert ein subjektiver Wert ist und somit nur vom Probanden selbst beurteilt werden kann.

Um zukünftig noch genauer festlegen zu können, für wen die Selbstwertgruppe insbesondere geeignet ist und welche Patienten andere Interventionen bevorzugen sollten, sollten zukünftige Studien einerseits die Auswirkung der Schwere der depressiven Symptomatik auf die Therapieergebnisse und andererseits die gefundenen Einflussfaktoren BMI, antipsychotische Medikation und psychiatrische Komorbiditäten genauer untersuchen. Die Einflussfaktoren könnten dabei nach der hier erfolgten ersten explorativen Datenanalyse, z.B. als Kovariate in einer Regressionsanalyse verwendet werden.

Zudem muss ergänzt werden, dass laut einer Metaanalyse von Cuijpers, van Straten und Warmerdam (2008) bei depressiven Störungen die Einzelpsychotherapie hinsichtlich Effektgrößen und Dropout-Raten einer Gruppentherapie überlegen ist, wobei jedoch unklar ist, ob dies klinisch relevant ist. Entsprechend dieses Ergebnisses bezüglich der Dropout-Rate nahmen 63 Studienteilnehmer (42%) nicht an der letzten Gruppensitzung in vorliegender Studie teil. Nachfolgende Studien sollten somit Selbstwertstärkung und Veränderung depressiver Symptomatik im Gruppen- und Einzeltherapiesetting vergleichen bzw. die Compliance einer Gruppentherapie teilnehmen erhöhen. Trotzdem muss gleichzeitig den



Punkten Beachtung geschenkt werden, dass durch Gruppeninterventionen im stationären Setting mehr Patienten zur gleichen Zeit erreicht werden können und Gruppeninterventionen den Aspekt der sozialen Unterstützung und des Gemeinschaftsgefühls ansprechen, was auch eine Rolle für das gute Therapieergebnis bei depressiver Symptomatik spielen kann (McDermut et al., 2001).

Dass bei Teilnahme an der KVT-Gruppe mit Fokus auf Selbstwertsteigerung nicht nur der Selbstwert steigt, sondern auch depressive Symptomatik verringert wird, wird durch die vorliegenden Studienergebnisse belegt. Folglich wirft dies die Frage auf, ob die KVT-Selbstwertgruppe einerseits vergleichbare Ergebnisse im Sinne einer Symptomreduktion erzielt wie eine kognitiv-verhaltenstherapeutische Gruppe mit Fokus auf Depression und ob andererseits damit vergleichbare Langzeiteffekte erreicht werden. Hierzu könnte komplettierend näher betrachtet werden, ob es Unterschiede gibt, von welchen konkreten Interventionen (zur gezielten Depressionsverringering vs. zur gezielten Selbstwertstärkung) Patienten mit welchem Schweregrad der Depression am meisten profitieren. Da keine Follow-up-Messungen durchgeführt wurden, kann keine Aussage gemacht werden, inwiefern ein gesteigerter Selbstwert und eine verringerte depressive Symptomatik anhalten. Dies sollte in zukünftigen Studien ergänzt werden, um die Rezidivprophylaxe verbessern zu können. Erste Forschungsarbeiten stellen bereits dar, dass Verbesserungen hinsichtlich des Selbstwertes anhalten würden (Kunikata et al., 2016a, 2016b). Auch deuten Kunikata und Kollegen (2016b) an, dass es positive Langzeiteffekte hinsichtlich der depressiven Symptomatik gibt. Die Stichprobe der Patienten mit depressiver Symptomatik war dabei allerdings sehr klein, sodass aussagekräftigere Studien folgen sollten. Vor dem Hintergrund des Vulnerabilitätsmodells könnte eine KVT-Selbstwertgruppe einer Gruppe mit Fokus auf Depressionsbehandlung hinsichtlich Langzeiteffekten und Rezidivprävention überlegen sein, da durch diese ein ätiologischer Faktor verringert wird. Dies gilt es in zukünftigen Studien zu ermitteln, um die Depressionsbehandlung weiter optimieren zu können.

### **4.3 Praktische Implikationen und Schlussfolgerungen**

Aus den vorliegenden Ergebnissen dieser Forschungsarbeiten ergeben sich nicht nur Implikationen für nachfolgende Studien zum Thema der Veränderung und Beziehung von Depression und Selbstwert, sondern die Ergebnisse sind auch von hoher praktischer Relevanz und bilden eine Ergänzung zum aktuellen Forschungsstand.

Die vorliegende Studie liefert einen ersten Beitrag zu der Bestätigung der Effektivität einer kognitiv-verhaltenstherapeutischen (KVT) Selbstwertgruppe für Patienten mit Depression. Es kann davon ausgegangen werden, dass eine Hilfe zur Selbstwertsteigerung gleichzeitig förderlich ist für die Behandlung depressiver Symptome. Die Teilnahme an der KVT-Selbstwertgruppe als ein Modul eines (teil)stationär-psychiatrischen Klinikaufenthaltes hat sich als eine wirksame Maßnahme für die Behandlung von depressiven Störungen erwiesen.

Die vorliegende Studie ist vorherigen Evaluationen aufgrund der eher repräsentativen Gruppengröße überlegen. Keine der Autorin bekannte Studie evaluierte vorher die Auswirkungen auf den Selbstwert und die depressive Symptomatik bei ausschließlich depressiven Patienten. Zum ersten Mal wurde die Schwere der depressiven Symptomatik an mehreren Messzeitpunkten erhoben während frühere Studien ausschließlich Prä- und Post-Messungen betrachteten.

Als therapeutische Konsequenz sollte die KVT-Selbstwertgruppe in die (teil)stationär-psychiatrische Behandlung depressiver Patienten integriert werden. Bereits im Vorfeld der Rekrutierung depressiver Patienten für die Therapiegruppe könnte auf mögliche konfundierende Parameter, und zwar die Anzahl der psychiatrischen Komorbiditäten (insbesondere Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung), die Einnahme antipsychotischer Medikation, die Höhe des BMI und eventuell die Schwere der depressiven Symptomatik geachtet werden. Dadurch entstünde die Möglichkeit eine optimale Selektion aus den zur Verfügung stehenden Interventionsmaßnahmen des (teil)stationär-psychiatrischen Settings für den Patienten zu erreichen, womit sich die Wahrscheinlichkeit ein den Bedürfnissen entsprechendes Therapieangebot mit größtmöglichen Erfolgschancen zu schaffen, erhöht.

## **5 Zusammenfassung**

Depressive Symptomatik und Selbstwert hängen eng miteinander zusammen, ein negativer Selbstwert gilt als Vulnerabilitätsfaktor für Depression, ein positiver Selbstwert wird als Resilienzfaktor angesehen. Selbstwertstärkung ist eines der von Patienten am häufigsten genannten Therapieziele. Nicht zuletzt im psychiatrischen Kliniksetting bietet es sich an, entsprechende Interventionen in Form einer Gruppentherapie anzubieten, um so möglichst viele Patienten zu erreichen. Es wurde untersucht inwiefern sich bei Teilnahme an der kognitiv-verhaltenstherapeutischen (KVT) Selbstwertgruppe die Schwere der depressiven Symptomatik als auch die Höhe des Selbstwert verändern, inwiefern Depression und Selbstwert sowie deren Veränderungen miteinander in Beziehung stehen und von welchen weiteren Parametern Veränderungen der depressiven Symptomatik und des Selbstwertes abhängen.

147 Patienten mit einer depressiven Störung (85 weiblich, Durchschnittsalter 40 J.) wurden in die prospektive Längsschnittstudie eingeschlossen. Im Zeitraum von jeweils vier Wochen fanden acht jeweils 90-minütige Sitzungen der KVT-Selbstwertgruppe statt. Um die relevanten Outcome-Kriterien zu messen, wurden das Beck-Depressions-Inventar (BDI) sowie die Multidimensionale Selbstwertkala (MSWS) verwendet und an bis zu fünf Messzeitpunkten (Prä-Messung, drei Verlaufsmessungen, Post-Messung) erhoben.

Entsprechend der Hypothesen erwies sich die Teilnahme an der KVT-Selbstwertgruppe als effektiv hinsichtlich der Verringerung depressiver Symptome als auch der Stärkung des Selbstwertes. Die Steigung des Selbstwertes hing invers mit der Verringerung der Schwere der depressiven Symptomatik zusammen. Patienten, die ihren Selbstwert vor Beginn der Gruppentherapie niedriger einschätzten, wiesen zu diesem Zeitpunkt eine höhere depressive Symptomatik auf als Patienten, die ihren Selbstwert höher einschätzten und vice versa. Je stärker die initial vorliegende Beeinträchtigung im Sinne einer höheren depressiven

Symptomatik war, desto weniger stieg der Selbstwert an. Die Einnahme antipsychotischer Medikation, eine höhere Anzahl psychischer Diagnosen sowie ein höherer BMI hatten einen negativen Einfluss auf die Response hinsichtlich depressiver Symptomatik. Personen mit höherem BMI verzeichneten zudem einen geringeren Anstieg des Selbstwertes. Sowohl der Vulnerabilitätseffekt (negativer Selbstwert bewirkt Depression) als auch der „Scar“-Effekt (Depression bewirkt negativen Selbstwert) wurden bestätigt, sodass das Bestehen einer reziproken Beziehung bekräftigt wird. Es konnte eine Interventionsmaßnahme für depressive Störungen unter Berücksichtigung der Pathogenese ermittelt werden, die das Ziel einer Remission wahrscheinlicher macht und eine effektive Ergänzung zum (teil)stationären Behandlungskonzept darstellt.

Nachfolgende Studien sollten untersuchen, ob sich diese manualisierte KVT-Selbstwertgruppe in einem transdiagnostischen Ansatz bei verschiedenen affektiven Störungen ebenfalls als anwendbar und wirksam erweist. Die hier gefunden konfundierenden Faktoren sollten zudem näher untersucht werden, um eine optimale Patientenversorgung zu ermöglichen und Follow-Up-Messungen sollten stattfinden, um Langzeiteffekte feststellen zu können. Perspektivisch sollten randomisiert-kontrollierte Studien angeschlossen werden, um die Wirksamkeit der KVT-Selbstwertgruppe im Vergleich zu alternativen Behandlungsmethoden feststellen zu können.

## 6 Literaturverzeichnis

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV*. American Psychiatric Association.
- Battle, J. (1978). Relationship between self-esteem and depression. *Psychological Reports*, 42, 745-746.
- Baumeister, R. (2005). Rethinking self-esteem: why nonprofits should stop promoting self-esteem and start endorsing self-control. *Stanford Social Innovation Review*, 3(4), 34-41.
- Baumeister, R. F., Campbell, J. D., Krueger, J. I., & Vohs, K. D. (2003). Does high self-esteem cause better performance, interpersonal success, happiness, or healthier lifestyles? *Psychological Science in the Public Interest*, 4(1), 1-44.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. University of Pennsylvania Press.
- Beck, A. T., Ward, C., Mendelson, M., Mock, J. E., & Erbaugh, J. K. (1961). Beck depression inventory (BDI). *Archives of General Psychiatry*, 4(6), 561-571.
- Benkert, O., Hautzinger, M., & Graf-Morgenstern, M. (2016). *Psychopharmakologischer Leitfaden für Psychologen und Psychotherapeuten*, 3. Auflage. Springer.
- Berking, M. (2010). *Training emotionaler Kompetenzen*, 2. Auflage. Springer.
- Berking, M., Dreesen, J., & Jacobi, C. (2004). Was wollen Patienten wann und wo erreichen? Die Veränderungen von Therapiezielen während und nach einer stationären Verhaltenstherapie. *Verhaltenstherapie*, 14(4), 245-252.
- Brakemeier, E.-L., Normann, C., & Berger, M. (2008). Ätiopathogenese der unipolaren Depression. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 51(4), 379-391. doi:10.1007/s00103-008-0505-x
- Brockmann, J., Schlüter, T., & Eckert, J. (2003). Therapieziele, Zieländerungen und Zielerreichung im Verlauf psychoanalytisch orientierter und verhaltenstherapeutischer Langzeittherapie. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 53, 163-170. Stuttgart: Thieme.
- Brown, G. W., & Moran, P. M. (1997). Single-mothers, poverty and depression. *Psychological Medicine*, 27(1), 21-33. doi:10.1017/s0033291796004060
- Brown, J. D., & Marshall, M. A. (2006). The three faces of self-esteem. In M. Kernis (Ed.). *Self-esteem: Issues and answers* (S. 4-9). New York: Psychology Press.
- Buckner, J. C., Mezzacappa, E., & Beardslee, W. R. (2003). Characteristics of resilient youths living in poverty: The role of self-regulatory processes. *Development and Psychopathology*, 15(1), 139-162. doi:10.1017/S0954579403000087
- Burlingame, G. M., Fuhrman, A., & Mosier, J. (2003). The differential effectiveness of group psychotherapy: a meta-analytic perspective. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 7(1), 3-12. doi:10.1037/1089-2699.7.1.3
- Butler, A. C., Hokanson, J. E., & Flynn, H. A. (1994). A comparison of self-esteem lability and low trait self-esteem as vulnerability factors for depression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66(1), 166-177.
- Button, E. J., Loan, P., Davies, J., & Sonuga-Barke, E. J. S. (1997). Self-esteem, eating problems, and psychological well-being in a cohort of schoolgirls aged 15-16: a questionnaire and interview

- study. *Eating disorders*, 21(1), 39-47. doi:10.1002/(SICI)1098-108X(199701)21:1<39::AID-EAT5>3.0.CO;2-4
- Cahill, J., Paley, G., & Hardy, G. (2013). What do patients find helpful in psychotherapy? Implications for the therapeutic relationship in mental health nursing. *Journal of Psychiatry*, 20, 782-791. doi:10.1111/jpm.12015
- Caprara, G. V., Fagnani, C., Alessandri, G., Steca, P., Gigantesco, A., Sforza, L. L. C., & Stazi, M. A. (2009). Human optimal functioning: the genetics of positive orientation towards self, life, and the future. *Behavior Genetics*, 39, 277-284. doi:10.1007/s10519-009-9267-y
- Cervera, S., Lahortiga, F., Martinez-González, M. A., Gual, P., de Irala-Estévez, J., & Alonso, Y. (2003). Neuroticism and low self-esteem as risk factors for incident eating disorders in a prospective cohort study. *International Journal of Eating Disorders*, 33(3), 271-280. doi:10.1002/eat.10147
- Chung, J. M., Robins, R. W., Trzesniewski, K. H., Nofhle, E. E., Roberts, B. W., & Widaman, K. F. (2014). Continuity and change in self-esteem during emerging adulthood. *Journal of Personality and Social Psychology*, 106(3), 469-483. doi:10.1037/a0035135
- Cooley, C. H. (1902). *Human nature and the social order*. New York: Charles Scribner's Sons.
- Coopersmith, S. (1967). *The antecedents of self-esteem*. Consulting Psychologists Press.
- Corrigan, P.W., Watson, A.C., & Barr, L. (2006). The self-stigma of mental illness: Implications for self-esteem and self-efficacy. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 25(9), 875-884. doi:10.1521/jscp.2006.25.8.875
- Cuijpers, P., Berking, M., Andersson, G., Quigley, L., Kleiboer, A., & Dobson, K. (2013). A meta-analysis of cognitive-behavioral therapy for adult depression, alone and in comparison with other treatments. *Canadian Journal of Psychiatry*, 58(7), 376-385.
- Cuijpers, P., van Straten, A., Schuurmans, J., van Oppen, P., Hollon, S. D., & Andersson, G. (2010). Psychotherapy for chronic major depression and dysthymia: a meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 30, 51-62. doi:10.1016/j.cpr.2009.09.003
- Cuijpers, P., van Straten, A., & Warmerdam, L. (2008). Are individual and group treatments equally effective in the treatment of depression in adults? A meta-analysis. *The European Journal of Psychiatry*, 22(1), 38-51. doi:10.4321/S0213-61632008000100005
- Dechêne, M. (2008). Essstörungen bei Männern. *Blickpunkt der Mann*, 6(3), 20-22.
- DGPPN, BÄK, KBV, AWMF (Hrsg.) für die Leitliniengruppe Unipolare Depression (2015). S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression – Langfassung, 2. Auflage. Version 5. doi:10.6101/AZQ/000364
- Dilling, H., & Freyberger, H. J. (Hrsg.) (2012). *Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen*. Huber.
- Dumont, M., & Provost, M. A. (1999). Resilience in adolescents: protective role of social support, coping strategies, self-esteem, and social activities on experience of stress and depression. *Journal of Youth and Adolescence*, 28(3), 343-363. doi:10.1023/A:1021637011732
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003). Cognitive behavior therapy for eating disorders: a transdiagnostic theory and treatment. *Behavior Research and Therapy*, 41, 509-528. doi:10.1016/s0005-7967(02)00088-8
- Fava, M., & Davidson, K. G. (1996). Definition and epidemiology of treatment-resistant depression. *The Psychiatric Clinics of North America*, 19(2), 197-200.

- Fennell, M. J. V. (2005). Low self-esteem. In Freeman, A., Felgoise, S. H., Nezu, C. M., Nezu, A. M. & Reinecke, M. A. (Hrsg.). *Encyclopedia of Cognitive Behavior Therapy* (S. 236-240). Springer. doi:10.1007/0-306-48581-8\_66
- Fennell, M. (2016). *Overcoming low self-esteem, 2nd edition: a self-help guide using cognitive behavioral techniques*. Robinson.
- Fleming, J. S., & Courtney, B. E. (1984). The dimensionality of self-esteem: II. Hierarchical facet model for revised measurement scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46(2), 404–421.
- Fliegel, S., & Kämmerer, A. (2007). *Therapeutische Schätze I*. Dgvt-Verlag.
- Fliegel, S., & Kämmerer, A. (2009). *Therapeutische Schätze II*. Dgvt-Verlag.
- Frey, D. (2015). *Psychologie der Werte: Von Achtsamkeit bis Zivilcourage – Basiswissen aus Psychologie und Philosophie*. Springer.
- Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and Individual Differences*, 30(8), 1311-1327. doi:10.1016/S0191-8869(00)00113-6
- Grawe, K. (1980). *Verhaltenstherapie in Gruppen*. München: Urban & Schwarzenberg.
- Greenberg, L. S., Watson, J. C., & Goldman, R. (1998). Process-experiential therapy of depression. In Greenberg, L. S., Watson, J. C. & Lietaer, G. (Hrsg.), *Handbook of Experiential Psychotherapy* (S. 227-249). New York: The Guildford Press.
- Grosse Holtforth, M. & Grawe, K. (2004). Inkongruenz und Fallkonzeption in der Psychologischen Therapie. *Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis*, 36(1), 9-21.
- Hakim-Larson, J. & Mruk, C. (1997). Enhancing self-esteem in a community mental health setting. *American Journal of Orthopsychiatry*, 67(4), 655-659.
- Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 23, 56-62.
- Haney, P., & Durlak, J. A. (1998). Changing self-esteem in children and adolescents: A meta-analytical review. *Journal of Clinical Child Psychology*, 27(4), 423–433. doi:10.1207/s15374424jccp2704\_6
- Hau, C., Huber, D., Klug, G., Benecke, C., & Löffler-Stastka, H. (2015). Vergleich therapeutenspezifischer Wirkfaktoren im psychoanalytischen, psychoanalytisch orientierten und kognitiv-verhaltenstherapeutischen Therapieprozess der Depression. *Psychotherapie Forum*, 20, 38-46. Springer. doi:10.1007/s00729-015-0030-y
- Hautzinger, M. (2013). *Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen*. Beltz.
- Hautzinger, M. (1993). Kognitive Verhaltenstherapie und Pharmakotherapie bei Depressionen: Überblick und Vergleich. *Verhaltenstherapie*, 3, 26-34. Basel: Karger. 10.1159/000258733
- Hautzinger, M., Bailer, M., Worall, H., & Keller, F. (1995). *Beck-Depressions-Inventar (BDI). Testhandbuch*. 2. Auflage. Bern, CH: Huber.
- Hautzinger, M. & Welz, S. (2004). Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen im Alter. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 37(6), 427-435. doi:10.1007/s00391-004-0262-x
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An Experimental Approach to Behavior Change*. New York: The Guilford Press.
- Heidenreich, T. & Michalak, J. (2013). *Die „dritte Welle“ der Verhaltenstherapie*. Beltz.

- Hölzel, L., von Wolff, A., Kriston, L. & Härter, M. (2010). Unter welchen Bedingungen bleibt eine stationäre Depressionsbehandlung erfolglos? *Psychiatrische Praxis*, 37, 27-33. Stuttgart: Thieme. doi:10.1055/s-0029-1223348
- Hogg, J. A., Deffenbacher, J. L. (1988). A comparison of cognitive and interpersonal-process group therapies in the treatment of depression among college students. *Journal of Counseling Psychology*, 15(3), 304-310.
- Holm-Hadulla, R. M. (2000). Die therapeutische Beziehung. *Psychotherapeut*, 45, 124-136. Springer. doi:10.1007/s002780050211
- Jacob, G. A., Richter, H., Lammers, C.-H., Bohus, M., & Lieb, K. (2006). Gruppentherapiemodul zur Stärkung des Selbstwertes bei Patientinnen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung. *Verhaltenstherapie*, 16(3), 212–221. doi:10.1159/000094861
- Joormann, J., & Stanton, C. (2016). Examining emotion regulation in depression: a review and future directions. *Behavior Research and Therapy*, 86, 35-49. doi:10.1016/j.brat.2016.07.007
- Karyotaki, E., Smit, Y., Henningsen, K.H., Huibers, M.J.H., Robays, J., de Beurs, D., & Cuijpers, P., (2016). Combining pharmacotherapy and psychotherapy or monotherapy for major depression? A meta-analysis on the long-term effects. *Journal of Affective Disorders*, 194, 144–152. doi:10.1016/j.jad.2016.01.036
- Kashdan, T. B., Uswatte, G., Steger, M. F., & Julian, T. (2006). Fragile self-esteem and affective instability in posttraumatic stress disorder. *Behavior Research and Therapy*, 44, 1609-1619. doi:10.1016/j.brat.2005.12.003
- Kempermann, U., Henke, M., Sasse, J., & Bauer, M. (2008). Rückfallprophylaxe bei Depression. *Psychiatrie und Psychotherapie*, 2, 73-87. Stuttgart: Thieme
- Kendler, K. S., Gardner, C. O., & Prescott, C. A. (1998). A population-based twin study of self-esteem and gender. *Psychological Medicine*, 28, 1403-1409. Cambridge: University Press.
- Krause, L., Ellert, U., Kroll, L. E., Lampert, T. (2014). Gesundheitsbezogene Lebensqualität von übergewichtigen und adipösen Jugendlichen. *Bundesgesundheitsblatt*, 57, 445-454. Springer. doi:10.1007/s00103-014-1943-2
- Kreikebaum, S. (1999). *Körperbild, Körperzufriedenheit, Diätverhalten und Selbstwert bei Mädchen und Jungen im Alter von sieben bis dreizehn Jahren. Eine interkulturelle Vergleichsstudie (USA – D) und Längsschnittuntersuchung (D)*. Dissertation, Philosophische Fakultät, Köln.
- Kronmüller, K.-T., & Mundt, C. (2006). Persönlichkeit, Persönlichkeitsstörung und Depression. *Der Nervenarzt*, 77, 863-878. Springer. doi:10.1007/s00115-006-2071-5
- Krüger, M., & Erm, N. (2010). Die „Arbeit am Selbstwert“ als Therapieelement in der tagesklinischen Behandlung. *Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis*, 42(3), 697–705.
- Kunikata, H., Yoshinaga, N., & Nakajima, K. (2016a). Effect of cognitive behavioral group therapy for recovery of self-esteem on community-living individuals with mental illness: Non-randomized controlled trial. *Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 70, 457–468. doi:10.1111/pcn.12418
- Kunikata, H., Yoshinaga, N., Shiraishi, Y., & Okada, Y. (2016b). Nurse-led cognitive-behavioral group therapy for recovery of self-esteem in patients with mental disorders: A pilot study. *Japan Journal of Nursing Science*. doi:10.1111/jjns.12114
- Kuster, F., Orth, U., & Meier, L. L. (2012). Rumination mediates the prospective effect of low self-esteem on depression: A five-wave longitudinal study. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 38(6), 747-759. doi:10.1177/0146167212437250



- Lambert, M. J., & Barley, D. E. (2001). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. *Psychotherapy*, 38(4), 357-361.
- Leary, M. R., & Baumeister, R. F. (2000). The nature and function of self-esteem: Sociometer theory. *Advances in Experimental Social Psychology*, 32, 1-62. San Diego, CA, US: Academic Press.
- Leary, M. R., Tambor, E. S., Terdal, S. K., & Downs, D. L. (1995). Self-esteem as an interpersonal monitor: the sociometer hypothesis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68(3), 518-530.
- Li, W., Zhang, L., Liu, B., & Cao, H. (2013). The impact of negative interpersonal life events on social adaption of Chinese college students: mediator effect of self-esteem. *Social Behavior and Personality*, 41(5), 705-714. doi:10.2224/sbp.2013.41.5.705
- Low, G., Jones, D., MacLeod, A., Power, M., & Duggan, C. (2000). Childhood trauma, dissociation and self-harming behavior: a pilot study. *British Journal of Medical Psychology*, 73, 269-278. doi:10.1348/00071120016036
- Margraf, J., & Schneider, S. (Hrsg.) (2009). *Lehrbuch der Verhaltenstherapie, Band 1: Grundlagen, Diagnostik, Verfahren, Rahmenbedingungen*. 3. Auflage. Springer.
- Maslow, A. H. (1943). A theory of human motivation. *Psychological Review*, 50(4), 370-396. doi:10.1037/h0054346
- McDermut, W., Miller, I.W., & Brown, R.A. (2001). The efficacy of group psychotherapy for depression: A meta-analysis and review of the empirical research. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8, 98-116. doi:10.1093/clipsy/8.1.98
- Metalsky, G. I., Joiner, T. E., Hardin, T. S., & Abramson, L. Y. (1993). Depressive reactions to failure in a naturalistic setting: a test of the hopelessness and self-esteem theories of depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 102(1), 101-109.
- Möller, H.-J. (2004). Therapieresistenz auf Antidepressiva. *Der Nervenarzt*, 75, 499-517. Springer. doi:10.1007/s00115-004-1728-1
- Moore, L. M., Carr, A., & Hartnett, D. (2016). Does group cbt for depression do what it says on the tin? A systemic review and meta-analysis of group cbt for depressed adults (2000– 2016). *Journal of Contemporary Psychotherapy* (S. 1-12). doi:10.1007/s10879-016-9351-6
- Morton, L., Roach, L., Reid, H., & Stewart, S. H. (2012). An evaluation of CBT group for women with low self-esteem. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 40, 221-225. doi:10.1017/S1352465811000294
- Mullis, R. L., & Chapman, P. (2000). Age, gender, and self-esteem differences in adolescent coping styles. *The Journal of Social Psychology*, 140(4), 539-541.
- Naab, S., Hauer, M., Voderholzer, U., & Hautzinger, M. (2015). Depressive Störungen bei Jugendlichen: Diagnostik und Therapie. *Fortschritte Neurologie Psychiatrie*, 83, 49-62. doi:10.1055/s-0033-1359935
- Newton-Howes, G., Tyrer, P., Johnson, T., Mulder, R., Kool, S., Dekker, J., & Schoevers, R. (2013). Influence of personality on the outcome of treatment in depression: systematic review and meta-analysis. *Journal of Personality Disorders*, 27, 1-17.
- Nichols, G. J. (1984). Achievement Motivation: conceptions of ability, subjective experience, task choice and performance. *Psychological Review*, 91(3), 328-346. doi:10.1037/0033-295X.91.3.328
- Opel, N., Redlich, R., Grotegord, D., Dohm, K., Heindel, W., Kugel, H., Arolt, V., & Dannlowski, U. (2015). Obesity and major depression: Body-mass index (BMI) is associated with a severe course of disease and specific neurostructural alterations. *Psychoneuroendocrinology*, 51, 219-226.

- Orth, U., & Luciano, E. C. (2015). Self-esteem, narcissism, and stressful life events: Testing for selection and socialization. *Journal of Personality and Social Psychology*, 109, 707-721. doi:10.1037/pspp0000049
- Orth, U., & Robins, R. W. (2013). Understanding the link between low self-esteem and depression. *Current Directions in Psychological Science*, 22(6), 455-460. doi:10.1177/0963721413492763
- Orth, U., Robins, R. W., & Roberts, B. W. (2008). Low self-esteem prospectively predicts depression in adolescence and young adulthood. *Journal of Personality and Social Psychology*, 95(3), 695-708. doi:10.1037/0022-3514.95.3.695
- Orth, U., Robins, R. W., Trzesniewski, K. H., Maes, J., & Schmitt, M. (2009). Low self-esteem is a risk factor for depressive symptoms from young adulthood to old age. *Journal of Abnormal Psychology*, 118(3), 472-278. doi:10.1037/a0015922
- Orth, U., Robins, R. W., Widaman, K. F., Conger, R. D. (2014). Is low self-esteem a risk factor for depression? Findings from a longitudinal study of mexican-origin youth. *Developmental Psychology*, 50(2), 622-633. doi:10.1037/a0033817
- Potreck-Rose, F. (2009). *Von der Freude, den Selbstwert zu stärken*. 5. Auflage. Klett-Cotta.
- Potreck-Rose, F., & Jacob, G. (2004). *Selbstzuwendung Selbstakzeptanz Selbstvertrauen. Psychotherapeutische Intervention zum Aufbau von Selbstwertgefühl*. Klett-Cotta.
- Potreck-Rose, F., & Jacob, G. (2007). *Selbstzuwendung Selbstakzeptanz Selbstvertrauen. Psychotherapeutische Intervention zum Aufbau von Selbstwertgefühl*. 4. Auflage. Klett-Cotta.
- Potreck-Rose, F., & Jacob, G. (2008). *Selbstzuwendung Selbstakzeptanz Selbstvertrauen. Psychotherapeutische Intervention zum Aufbau von Selbstwertgefühl*. 5. Auflage. Klett-Cotta.
- Richter, P., Werner, J., Heerlein, A., Kraus, A., & Sauer, H. (1998). On the validity of the beck depression inventory. *Psychopathology*, 31, 160-168. Basel: Karger.
- Rieger, S., Göllner, R., Trautwein, U., & Roberts, B. W. (2016). Low self-esteem prospectively predicts depression in the transition to young adulthood: a replication of Orth, Robins, and Roberts (2008). *Journal of Personality and Social Psychology*, 110(1), e16-e22. doi:10.1037/pspp0000037
- Rigby, L., & Waite, S. (2006). Group therapy for self-esteem, using creative approaches and metaphor as clinical tools. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 35(3), 361-364.
- Rohde, P., Clarke, G. N., Lewinsohn, P. M., Seeley, J. R., & Kaufman, N. K. (2001). Impact of comorbidity on a cognitive-behavioral group treatment for adolescent depression. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40(7), 795-802. doi:10.1097/00004583-200107000-00014
- Rosseel, Y. (2012). „lavaan: An R package for structural equation modeling“. *Journal of Statistical Software*, 48(2): 1-36.
- Sandmeier, A. (2005). Selbstwertentwicklung vom Jugendalter bis ins frühe Erwachsenenalter – eine geschlechtsspezifische Analyse. *Zeitschrift für Soziologie der Erziehung und Sozialisation*, 25(1), 52-66.
- Saphire-Bernstein, S., Way, B. M., Kim, H. S., Sherman, D. K., & Taylor, S. E. (2011). Oxytocin receptor gene (OXTR) is related to psychological resources. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 108(37), 15118-15122. doi:10.1073/pnas.1113137108
- Schreiber, W., & Hadersdorfer, H. (2010). Der Einsatz von Antipsychotika in der Behandlung depressiver Erkrankungen. Eine Bestandsaufnahme aus dem Klinikalltag. *Psychiatrische Forschung*, 1, 39-43.

- Schütz, A. & Sellin, I. (2006). *Multidimensionale Selbstwertskala (MSWS)*. Göttingen: Hogrefe.
- Seligman, M. E. P. (1995). The effectiveness of psychotherapy. *American Psychologist*, 50(12), 965-974.
- Shahar, G., Blatt, S. J., Zuroff, D. C., Kupermine, G. P., & Leadbeater, B. J. (2004). Reciprocal relations between depressive symptoms and self-criticism (but not dependency) among early adolescent girls (but not boys). *Cognitive Therapy and Research*, 28(1), 85-103. doi:10.1023/B:COTR.0000016932.82038.d0
- Shahar, G., & Davidson, L. (2003). Depressive symptoms erode self-esteem in severe mental illness: a three-wave, cross-lagged study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(5), 890-900. doi:10.1037/0022-006X.71.5.890
- Smith, E. C., & Grawe, K. (2003). What makes psychotherapy sessions productive? A new approach to bridging the gap between process research and practice. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 10, 275-285.
- Sowislo, J. F., & Orth, U. (2013). Does low self-esteem predict depression and anxiety? A meta-analysis of longitudinal studies. *Psychological Bulletin*, 139(1), 213-240. doi:10.1037/a0028931
- Steiger, A. E., Allemand, M., Robins, R., & Fend, H. (2014). Low and decreasing self-esteem during adolescence predict adult depression two decades later. *Journal of Personality and Social Psychology*, 106(2), 325-338. doi:10.1037/a0035133
- Steiger, A. E., Fend, H. A., & Allemand, M. (2015). Testing the vulnerability and scar models of self-esteem and depressive symptoms from adolescence to middle adulthood and across generations. *Developmental Psychology*, 51(2), 236-247. doi:10.1037/a0038478
- Strauss, R. S. (2000). Childhood obesity and self-esteem. *Pediatrics*, 105(1), 1-5. doi:10.1542/peds.105.1.e15
- Sulz, S. K. D., Müller, S. (2000). Bedürfnisse, Angst und Wut als Komponenten der Persönlichkeit. *Psychotherapie*, 5(1), 22-37. München: CIP-Medien.
- Suzuki, H., & Tomoda, A. (2015). Roles of attachment and self-esteem: impact of early life stress on depressive symptoms among Japanese institutionalized children. *BMC Psychiatry*, 15(8). doi:10.1186/s12888-015-0385-1
- Tadic, A., & Lieb, K. (2007). Pharmakotherapie bei therapieresistenter Depression. *Der Nervenarzt*, 78, 551-564. Springer. doi:10.1007/s00115-007-2366-1
- Tandler, S. (2014). *Selbstwert und Depression: Der Einfluss der Selbstwertkontingenz bei der Genese depressiver Symptome*. Dissertation, Justus-Liebig-Universität, Gießen.
- Taylor, T. L., & Montgomery, P. (2007). Can cognitive-behavioral therapy increase self-esteem among depressed adolescents? A systematic review. *Children and Youth Services Review*, 29, 823-839. doi:10.1016/j.chilcyouth.2007.01.010
- Thase, M. E. (2009). Neurobiological aspects of depression. In Gotlib, I. H., & Hammen, C. L. (Hrsg.), *Handbook of Depression*, 2nd edition (S. 187-217). New York: The Guildford Press.
- Thoits, P.A. (1995). Stress, coping, and social support processes: Where are we? What next? *Journal of Health and Social Behavior*, 53-79.
- Waite, P., McManus, F., & Shafran, R. (2012). Cognitive behaviour therapy for low self-esteem: A preliminary randomized controlled trial in a primary care setting. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 43, 1049-1057. doi:10.1016/j.jbtep.2012.04.006

- Weersing, V. R., Iyengar, S., Kolko, D. J., Birmaher, B., & Brent, D. A. (2006). Effectiveness of cognitive-behavioral therapy for depression: a benchmarking investigation. *Behavior Therapy*, 37, 36-48. doi:10.1016/j.beth.2005.03.003
- WHO (2012). *Depressionen in Europa*. Internetquelle (Aufgerufen am 22.07.2017): <http://www.euro.who.int/de/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/news/news/2012/10/depression-in-europe>
- WHO: Global Database on Body Mass Index (2017). *Apps.who.int*. Internetquelle (Aufgerufen am 15.05.2017): [http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro\\_3.htm](http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.htm)
- WHO (2017a). *Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates*. Geneva: World Health Organization.
- WHO (2017b). *3 out of 4 people suffering from major depression do not receive adequate treatment*. Internetquelle (Aufgerufen am 01.07.2017): <http://www.euro.who.int/en/media-centre/sections/press-releases/2017/3-out-of-4-people-suffering-from-major-depression-do-not-receive-adequate-treatment>
- Wittchen, H.-U., Wunderlich, U., Gruschwitz, S., & Zaudig, M. (1997). *SKID I. Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV. Achse I: Psychische Störungen. Interviewheft und Beurteilungsheft. Eine deutschsprachige, erweiterte Bearbeitung der amerikanischen Originalversion des SKID I*. Göttingen: Hogrefe.
- World Medical Association (2013). World medical association declaration of Helsinki. Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. *The Journal of the American Medical Association*, 310(20), 2191-2194.
- Yalom, I. D. (1995). *The theory and practice of group psychotherapy*, 4. Auflage. New York: US Basic Books.
- Zander, M. (Hrsg.). (2011). *Handbuch Resilienzförderung*. 1. Auflage. Wiesbaden: VS, Verlag für Sozialwissenschaften.
- Zeigler-Hill, V. (2011). The connections between self-esteem and psychopathology. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 41(3), 157–164. doi:10.1007/s10879-010-9167-8

## 7 Anhang

### 7.1 Tabellenanhang

#### 7.1.1 Tabellenanhang: Einflussfaktoren auf die Veränderung der depressiven Symptomatik

##### 7.1.1.1 ANOVA

Verarbeitete Fälle						
	Fälle					
	Eingeschlossen		Ausgeschlossen		Insgesamt	
	N	Prozent	N	Prozent	N	Prozent
BMI * BDI_T4_Response	77	52,4%	70	47,6%	147	100,0%
Alter * BDI_T4_Response	84	57,1%	63	42,9%	147	100,0%
Alter_bei_Ersterkrankung * BDI_T4_Response	84	57,1%	63	42,9%	147	100,0%
Anzahl_Diagnosen * BDI_T4_Response	84	57,1%	63	42,9%	147	100,0%
Anzahl_Klinikaufenthalte * BDI_T4_Response	83	56,5%	64	43,5%	147	100,0%

Bericht						
BDI_T4_Response		BMI	Alter	Alter_bei_Ersterkrankung	Anzahl_Diagnosen	Anzahl_Klinikaufenthalte
No	Mittelwert	28,6058	43,0345	26,3103	1,31	1,3214
Response	N	27	29	29	29	28
	Standardabweichung	6,13364	15,60101	13,90556	,604	1,49204
Partial	Mittelwert	24,9535	43,8571	30,3571	1,11	1,9286
Response	N	26	28	28	28	28
	Standardabweichung	5,05630	13,43493	11,90771	,315	2,62366
Response	Mittelwert	23,0250	38,2593	26,4815	1,04	1,2222
	N	24	27	27	27	27
	Standardabweichung	3,72413	11,30552	12,62894	,192	1,36814
Insgesamt	Mittelwert	25,6331	41,7738	27,7143	1,15	1,4940
	N	77	84	84	84	83
	Standardabweichung	5,56085	13,67114	12,83967	,425	1,92147

ANOVA-Tabelle							
			Quadrat- summe	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz
BMI BDI_T4_Response	*	Zwischen den Gruppen (Kombiniert)	413,845	2	206,923	7,908	,001
		Innerhalb der Gruppen	1936,304	74	26,166		
		Insgesamt	2350,149	76			
Alter BDI_T4_Response	*	Zwischen den Gruppen (Kombiniert)	501,123	2	250,562	1,352	,265
		Innerhalb der Gruppen	15011,579	81	185,328		
		Insgesamt	15512,702	83			
Alter_bei_Ersterkra- nkung BDI_T4_Response	*	Zwischen den Gruppen (Kombiniert)	293,767	2	146,883	,889	,415
		Innerhalb der Gruppen	13389,376	81	165,301		
		Insgesamt	13683,143	83			
Anzahl_Diagnosen BDI_T4_Response	*	Zwischen den Gruppen (Kombiniert)	1,140	2	,570	3,333	,041
		Innerhalb der Gruppen	13,848	81	,171		
		Insgesamt	14,988	83			
Anzahl_Klinikaufent- halte BDI_T4_Response	*	Zwischen den Gruppen (Kombiniert)	8,116	2	4,058	1,102	,337
		Innerhalb der Gruppen	294,631	80	3,683		
		Insgesamt	302,747	82			

Zusammenhangsmaße		
	Eta	Eta-Quadrat
BMI * BDI_T4_Response	,420	,176
Alter * BDI_T4_Response	,180	,032
Alter_bei_Ersterkrankung * BDI_T4_Response	,147	,021
Anzahl_Diagnosen * BDI_T4_Response	,276	,076
Anzahl_Klinikaufenthalte * BDI_T4_Response	,164	,027

### 7.1.1.2 Kreuztabellen

**Tabelle x: Geschlecht \* BDI\_T4\_Response**

Kreuztabelle

Anzahl

		BDI_T4_Response			Gesamt
		No Response	Partial Response	Response	
Geschlecht	weiblich	14	18	14	46
	männlich	15	10	13	38
Gesamt		29	28	27	84

#### Chi-Quadrat-Tests

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (zweiseitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	1,610 <sup>a</sup>	2	,447
Likelihood-Quotient	1,626	2	,443
Zusammenhang linear-mit-linear	,086	1	,770
Anzahl der gültigen Fälle	84		

a. 0 Zellen (0,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 12,21.

**Tabelle x: Hauptdiagnose\_Detail \* BDI\_T4\_Response**

Kreuztabelle

Anzahl

		BDI_T4_Response			Gesamt
		No Response	Partial Response	Response	
Hauptdiagnose_Detail	Bipolar	1	4	4	9
	Episodisch Depressiv (MD)	6	7	3	16
	Rezidivierend Depressiv	21	16	20	57
	Dystymie	1	1	0	2
Gesamt		29	28	27	84

#### Chi-Quadrat-Tests

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (zweiseitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	5,305 <sup>a</sup>	6	,505
Likelihood-Quotient	6,480	6	,372
Zusammenhang linear-mit-linear	,805	1	,370
Anzahl der gültigen Fälle	84		

a. 6 Zellen (50,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist ,64.

**Tabelle x: Medikation\_ja\_nein \* BDI\_T4\_Response**

Kreuztabelle

Anzahl

		BDI_T4_Response			Gesamt
		No Response	Partial Response	Response	
Medikation_ja_nein	ja	29	27	26	82
	nein	0	1	1	2
Gesamt		29	28	27	84

#### Chi-Quadrat-Tests

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (zweiseitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	1,081 <sup>a</sup>	2	,582
Likelihood-Quotient	1,720	2	,423
Zusammenhang linear-mit-linear	,834	1	,361
Anzahl der gültigen Fälle	84		

a. 3 Zellen (50,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist ,64.

**Tabelle x: Antidepressiva \* BDI\_T4\_Response**

Kreuztabelle

Anzahl

		BDI_T4_Response			Gesamt
		No Response	Partial Response	Response	
Antidepressiva	ja	26	25	26	77
	nein	3	2	0	5
Gesamt		29	27	26	82

#### Chi-Quadrat-Tests

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (zweiseitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	2,683 <sup>a</sup>	2	,261
Likelihood-Quotient	4,112	2	,128
Zusammenhang linear-mit-linear	2,494	1	,114
Anzahl der gültigen Fälle	82		

a. 3 Zellen (50,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 1,59.

**Tabelle x: Antipsychotika \* BDI\_T4\_Response****Kreuztabelle**

Anzahl

		BDI_T4_Response			Gesamt
		No Response	Partial Response	Response	
Antipsychotika	ja	22	19	8	49
	nein	7	8	18	33
Gesamt		29	27	26	82

**Chi-Quadrat-Tests**

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (zweiseitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	13,477 <sup>a</sup>	2	,001
Likelihood-Quotient	13,568	2	,001
Zusammenhang linear-mit-linear	11,152	1	,001
Anzahl der gültigen Fälle	82		

a. 0 Zellen (0,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 10,46.

**Tabelle x: Anxiolytika \* BDI\_T4\_Response****Kreuztabelle**

Anzahl

		BDI_T4_Response			Gesamt
		No Response	Partial Response	Response	
Anxiolytika	ja	6	2	2	10
	nein	23	25	24	72
Gesamt		29	27	26	82

**Chi-Quadrat-Tests**

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (zweiseitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	3,025 <sup>a</sup>	2	,220
Likelihood-Quotient	2,880	2	,237
Zusammenhang linear-mit-linear	2,220	1	,136
Anzahl der gültigen Fälle	82		

a. 3 Zellen (50,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 3,17.

**Tabelle x: Benzodiazepine \* BDI\_T4\_Response****Kreuztabelle**

Anzahl

		BDI_T4_Response			Gesamt
		No Response	Partial Response	Response	
Benzodiazepine	ja	3	0	2	5
	nein	26	27	24	77
Gesamt		29	27	26	82

**Chi-Quadrat-Tests**

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (zweiseitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	2,782 <sup>a</sup>	2	,249
Likelihood-Quotient	4,269	2	,118
Zusammenhang linear-mit-linear	,210	1	,647
Anzahl der gültigen Fälle	82		

a. 3 Zellen (50,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 1,59.

**Tabelle x: Stimmungsstabilisierer \* BDI\_T4\_Response****Kreuztabelle**

Anzahl

		BDI_T4_Response			Gesamt
		No response	Partial Response	Response	
Stimmungsstabilisierer	ja	9	9	9	27
	nein	20	18	17	55
Gesamt		29	27	26	82

**Chi-Quadrat-Tests**

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (zweiseitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	,083 <sup>a</sup>	2	,960
Likelihood-Quotient	,083	2	,959
Zusammenhang linear-mit-linear	,080	1	,778
Anzahl der gültigen Fälle	82		

a. 0 Zellen (0,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 8,56.

## 7.1.2 Tabellenanhang: Einflussfaktoren auf die Veränderung des Selbstwertes

### 7.1.2.1 T-Test

Gruppenstatistiken					
	MSWS_Diff_Median14	N	Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler des Mittelwertes
BMI	SW ist < 14 Punkte von T0 bis T4 gestiegen	38	23,7653	3,84473	,62370
	SW ist ≥14 Punkte von T0 bis T4 gestiegen	39	27,4530	6,36908	1,01987
Alter	SW ist < 14 Punkte von T0 bis T4 gestiegen	43	40,7209	12,38918	1,88933
	SW ist ≥14 Punkte von T0 bis T4 gestiegen	41	42,8780	14,97364	2,33849
Alter_bei_Ersterkrankung	SW ist < 14 Punkte von T0 bis T4 gestiegen	43	29,5814	13,43633	2,04902
	SW ist ≥14 Punkte von T0 bis T4 gestiegen	41	25,7561	12,03491	1,87954
Anzahl_Diagnosen	SW ist < 14 Punkte von T0 bis T4 gestiegen	43	1,12	,324	,049
	SW ist ≥14 Punkte von T0 bis T4 gestiegen	41	1,20	,511	,080
Anzahl_Klinikaufenthalte	SW ist < 14 Punkte von T0 bis T4 gestiegen	42	1,2381	1,22593	,18917
	SW ist ≥14 Punkte von T0 bis T4 gestiegen	41	1,7561	2,42673	,37899

Test bei unabhängigen Stichproben										
		Levene-Test der Varianzgleichheit		T-Test für die Mittelwertgleichheit						
		F	Signifikanz	T	df	Sig. (2-seitig)	Mittlere Differenz	Standardfehler der Differenz	95% Konfidenzintervall der Differenz	
									Untere	Obere
BMI	Varianzen sind gleich	5,290	,024	-3,066	75	,003	-3,68769	1,20281	-6,08382	-1,29156
	Varianzen sind nicht gleich			-3,085	62,727	,003	-3,68769	1,19546	-6,07684	-1,29854
Alter	Varianzen sind gleich	1,700	,196	-,721	82	,473	-2,15712	2,99281	-8,11077	3,79653
	Varianzen sind nicht gleich			-,718	77,724	,475	-2,15712	3,00634	-8,14263	3,82839
Alter_bei_Ersterkrankung	Varianzen sind gleich	,552	,460	1,372	82	,174	3,82530	2,78785	-1,72063	9,37123
	Varianzen sind nicht gleich			1,376	81,689	,173	3,82530	2,78049	-1,70631	9,35690
Anzahl_Diagnosen	Varianzen sind gleich	3,301	,073	-,849	82	,399	-,079	,093	-,264	,106
	Varianzen sind nicht gleich			-,840	67,203	,404	-,079	,094	-,266	,109
Anzahl_Klinikaufenthalte	Varianzen sind gleich	11,614	,001	-1,232	81	,222	-,51800	,42052	-1,35471	,31871
	Varianzen sind nicht gleich			-1,223	58,849	,226	-,51800	,42358	-1,36562	,32962

### 7.1.2.2 Kreuztabellen

Verarbeitete Fälle						
			Fälle			
			Gültig		Fehlend	
			N	Prozent	N	Prozent
Geschlecht * MSWS_Diff_Median14			84	57,1%	63	42,9%
Hauptdiagnose_ICD10_Kategorie * MSWS_Diff_Median14			84	57,1%	63	42,9%
Medikation_ja_nein * MSWS_Diff_Median14			84	57,1%	63	42,9%
Antidepressiva * MSWS_Diff_Median14			82	55,8%	65	44,2%
Antipsychotika * MSWS_Diff_Median14			82	55,8%	65	44,2%
Anxiolytika * MSWS_Diff_Median14			82	55,8%	65	44,2%
Benzodiazepine * MSWS_Diff_Median14			82	55,8%	65	44,2%
Stimmungsstabilisierer * MSWS_Diff_Median14			82	55,8%	65	44,2%

**Tabelle x: Geschlecht \* MSWS\_Diff\_Median14**  
Kreuztabelle

Anzahl		MSWS_Diff_Median14		Gesamt
		SW ist < 14 Punkte von T0 bis T4 gestiegen	SW ist ≥14 Punkte von T0 bis T4 gestiegen	
Geschlecht	weiblich	25	21	46
	männlich	18	20	38
Gesamt		43	41	84



#### Chi-Quadrat-Tests

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (zweiseitig)	Exakte Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (1-seitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	,406 <sup>a</sup>	1	,524		
Kontinuitätskorrektur <sup>b</sup>	,174	1	,676		
Likelihood-Quotient	,406	1	,524		
Exakter Test nach Fisher				,661	,338
Zusammenhang linear-mit-linear	,401	1	,527		
Anzahl der gültigen Fälle	84				

a. 0 Zellen (,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 18,55.

b. Wird nur für eine 2x2-Tabelle berechnet

**Tabelle x: Hauptdiagnose\_Detail \* MSWS\_Diff\_Median14**

#### Kreuztabelle

Anzahl

		MSWS_Diff_Median14		Gesamt
		SW ist < 14 Punkte von T0 bis T4 gestiegen	SW ist ≥14 Punkte von T0 bis T4 gestiegen	
Hauptdiagnose_Detail	Bipolar	2	7	9
	Episodisch Depressiv (MD)	10	6	16
	Rezidivierend Depressiv	27	30	57
	Dystymie	2	0	2
Gesamt		41	43	84

#### Chi-Quadrat-Tests

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (zweiseitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	5,891 <sup>a</sup>	3	,117
Likelihood-Quotient	6,836	3	,077
Zusammenhang linear-mit-linear	1,239	1	,266
Anzahl der gültigen Fälle	84		

a. 4 Zellen (50,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist ,98.

**Tabelle x: Medikation\_ja\_nein \* MSWS\_Diff\_Median14**

#### Kreuztabelle

Anzahl

		MSWS_Diff_Median14		Gesamt
		SW ist < 14 Punkte von T0 bis T4 gestiegen	SW ist ≥14 Punkte von T0 bis T4 gestiegen	
Medikation_ja_nein	ja	41	41	82
	nein	2	0	2
Gesamt		43	41	84

#### Chi-Quadrat-Tests

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (zweiseitig)	Exakte Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (1-seitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	1,953 <sup>a</sup>	1	,162		
Kontinuitätskorrektur <sup>b</sup>	,465	1	,495		
Likelihood-Quotient	2,725	1	,099		
Exakter Test nach Fisher				,494	,259
Zusammenhang linear-mit-linear	1,930	1	,165		
Anzahl der gültigen Fälle	84				

a. 2 Zellen (50,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist ,98.

b. Wird nur für eine 2x2-Tabelle berechnet

**Tabelle x: Antidepressiva \* MSWS\_Diff\_Median14**

#### Kreuztabelle

Anzahl

		MSWS_Diff_Median14		Gesamt
		SW ist < 14 Punkte von T0 bis T4 gestiegen	SW ist ≥14 Punkte von T0 bis T4 gestiegen	
Antidepressiva	ja	38	39	77
	nein	3	2	5
Gesamt		41	41	82

### Chi-Quadrat-Tests

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (zweiseitig)	Exakte Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (1-seitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	,213 <sup>a</sup>	1	,644	1,000	,500
Kontinuitätskorrektur <sup>b</sup>	,000	1	1,000		
Likelihood-Quotient	,214	1	,643		
Exakter Test nach Fisher					
Zusammenhang linear-mit-linear	,210	1	,646		
Anzahl der gültigen Fälle	82				

a. 2 Zellen (50,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 2,50.

b. Wird nur für eine 2x2-Tabelle berechnet

**Tabelle x: Antipsychotika \* MSWS\_Diff\_Median14**

### Kreuztabelle

Anzahl

		MSWS_Diff_Median14		Gesamt
		SW ist < 14 Punkte von T0 bis T4 gestiegen	SW ist ≥14 Punkte von T0 bis T4 gestiegen	
Antipsychotika	ja	20	29	49
	nein	21	12	33
Gesamt		41	41	82

### Chi-Quadrat-Tests

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (zweiseitig)	Exakte Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (1-seitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	4,108 <sup>a</sup>	1	,043	,071	,035
Kontinuitätskorrektur <sup>b</sup>	3,246	1	,072		
Likelihood-Quotient	4,148	1	,042		
Exakter Test nach Fisher					
Zusammenhang linear-mit-linear	4,058	1	,044		
Anzahl der gültigen Fälle	82				

a. 0 Zellen (,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 16,50.

b. Wird nur für eine 2x2-Tabelle berechnet

**Tabelle x: Anxiolytika \* MSWS\_T4\_GSW\_Median14**

### Kreuztabelle

Anzahl

		MSWS_Diff_Median14		Gesamt
		SW ist < 14 Punkte von T0 bis T4 gestiegen	SW ist ≥14 Punkte von T0 bis T4 gestiegen	
Anxiolytika	ja	4	6	10
	nein	37	35	72
Gesamt		41	41	82

### Chi-Quadrat-Tests

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (zweiseitig)	Exakte Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (1-seitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	,456 <sup>a</sup>	1	,500	,737	,369
Kontinuitätskorrektur <sup>b</sup>	,114	1	,736		
Likelihood-Quotient	,458	1	,498		
Exakter Test nach Fisher					
Zusammenhang linear-mit-linear	,450	1	,502		
Anzahl der gültigen Fälle	82				

a. 0 Zellen (,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 5,00.

b. Wird nur für eine 2x2-Tabelle berechnet

**Tabelle x: Benzodiazepine \* MSWS\_Diff\_Median14**

### Kreuztabelle

Anzahl

		MSWS_Diff_Median14		Gesamt
		SW ist < 14 Punkte von T0 bis T4 gestiegen	SW ist ≥14 Punkte von T0 bis T4 gestiegen	
Benzodiazepine	ja	3	2	5
	nein	38	39	77
Gesamt		41	41	82

#### Chi-Quadrat-Tests

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (zweiseitig)	Exakte Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (1-seitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	,213 <sup>a</sup>	1	,644	1,000	,500
Kontinuitätskorrektur <sup>b</sup>	,000	1	1,000		
Likelihood-Quotient	,214	1	,643		
Exakter Test nach Fisher					
Zusammenhang linear-mit-linear	,210	1	,646		
Anzahl der gültigen Fälle	82				

a. 2 Zellen (50,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 2,50.

b. Wird nur für eine 2x2-Tabelle berechnet

#### Tabelle x: Stimmungsstabilisierer \* MSWS\_Diff\_Median14

##### Kreuztabelle

Anzahl

		MSWS_Diff_Median14		Gesamt
		SW ist < 14 Punkte von T0 bis T4 gestiegen	SW ist ≥14 Punkte von T0 bis T4 gestiegen	
Stimmungsstabilisierer	ja	12	15	27
	nein	29	26	55
Gesamt		41	41	82

#### Chi-Quadrat-Tests

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (zweiseitig)	Exakte Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (1-seitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	,497 <sup>a</sup>	1	,481	,639	,319
Kontinuitätskorrektur <sup>b</sup>	,221	1	,638		
Likelihood-Quotient	,498	1	,480		
Exakter Test nach Fisher					
Zusammenhang linear-mit-linear	,491	1	,484		
Anzahl der gültigen Fälle	82				

a. 0 Zellen (,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 13,50.

b. Wird nur für eine 2x2-Tabelle berechnet

## 7.2 Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Erklärung
$\alpha$	Signifikanzniveau
ACT	Akzeptanz- und Commitmenttherapie
$\Delta$ AIC	Akaike's information criterion = Akaikes Informationskriterium
ANOVA	Analysis of Variance = Varianzanalyse
BDI	Beck-Depressions-Inventar
BMI	Body Mass Index
df	Degrees of Freedom = Freiheitsgrade
$\Delta$ df	Differenz der Freiheitsgrade
DBT	Dialektisch Behaviorale Therapie
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Version IV
F	F-Wert
ICC	Intra-Class-Correlation = Intraklassen-Korrelationskoeffizient
ICD-10	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems = Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision
KVT	Kognitive Verhaltenstherapie
LMU	Ludwig-Maximilians-Universität
LR	Likelihood Ratio = Likelihoodquotient
M	Mittelwert
MSWS	Multidimensionale Selbstwertkala
N	Number = Anzahl
p	p-Wert = Signifikanzwert
r	Korrelationskoeffizient nach Pearson
SD	Standard deviation = Standardabweichung
SE	Standard error of the parameter estimate = Standardabweichung des geschätzten Parameterwertes
t	t-Wert
T0	Messzeitpunkt vor der ersten Sitzung der Selbstwertgruppe
T1	Messzeitpunkt in der ersten Woche der Selbstwertgruppe
T2	Messzeitpunkt in der zweiten Woche der Selbstwertgruppe
T3	Messzeitpunkt in der dritten Woche der Selbstwertgruppe
T4	Messzeitpunkt in der vierten Woche/ nach der letzten Sitzung der Selbstwertgruppe
TEK	Training emotionaler Kompetenzen
UREM	Unconditional random effects model
WHO	World Health Organization = Weltgesundheitsorganisation
YLD	Years Lived with Disability = mit Krankheit gelebte Lebensjahre
$\gamma_{00}$	Intercept der linearen Regression = y-Achsenabschnitt

## 7.3 Patientenaufklärung und Einverständniserklärung

### **Patientenaufklärung zur Studie „Entwicklung, Implementierung und Evaluation einer psychoedukativen Selbstwertgruppe im Rahmen der stationären psychiatrischen Behandlung“**

Verantwortliche Psychologin: Dr. Dipl.-Psych. Nina Sarubin  
Abt. Psychotherapie & Psychosomatik  
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der LMU München  
Nußbaumstraße 7  
D - 80336 München  
Telefon +49 (0)89 5160-5382  
Telefax +49 (0)89 5160-3930  
e-mail: Nina.Sarubin@med.uni-muenchen.de

Verantwortlicher Arzt: PD. Dr. med. Frank Padberg  
Komm. Abteilungsleiter  
Abt. Psychotherapie & Psychosomatik  
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der LMU München  
Nußbaumstraße 7  
D - 80336 München  
Telefon +49 (0)89 5160-3358  
Telefax +49 (0)89 5160-3930  
e-mail: Frank.Padberg@med.uni-muenchen.de

### **Patientenaufklärung zur Studie „Entwicklung, Implementierung und Evaluation einer psychoedukativen Selbstwertgruppe im Rahmen der stationären psychiatrischen Behandlung“**

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Sie werden aufgrund einer psychischen Erkrankung zur Zeit vollstationär oder teilstationär behandelt.

#### **1. Beschreibung/Zweck der Studie**

Wir möchten Sie in diesem Rahmen einladen, an der Evaluierung der Selbstwertgruppe teilzunehmen. Die Inhalte dieser Gruppentherapie sind so zusammengestellt, dass sie möglichst positive Auswirkungen auf den Selbstwert haben sollen, d.h. dazu beitragen sollen, den eigenen Selbstwert zu stärken. Ob dies wirklich der Fall ist, soll nun mit Ihrer Hilfe wissenschaftlich untersucht werden.

#### **2. Wie läuft die Studie ab?**

Sie werden an acht Terminen innerhalb eines Zeitraums von vier Wochen an der Selbstwertgruppe teilnehmen. Sie werden gebeten einmal pro Woche ein paar kurze Fragebögen auszufüllen, welche Ihren Eindruck über die Veränderungen Ihrer psychischen Befindlichkeit widerspiegeln bzw. nach jeder Sitzung ein paar kurze Fragen zu beantworten, mit denen Sie die einzelnen Sitzungen bewerten. Die Daten, die dabei erhoben werden, können jederzeit von Ihnen eingesehen werden.

#### **3. Datenschutz und Vertraulichkeit**

Alle erhobenen Daten unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Besonderer Wert wird auf den Datenschutz gelegt. Alle Daten werden Dritten unzugänglich gelagert. Die Daten werden in verschlüsselter Form gespeichert und streng anonym ausgewertet.

#### **4. Risiken im Zusammenhang mit der Studie**

Durch die Gruppenteilnahme sind für die Patienten keine bedeutsamen Risiken zu erwarten. Die Behandlung bleibt unverändert. Während der Teilnahme an dem Forschungsprojekt genießen Sie keinen über die verschuldensabhängige Haftung hinausgehenden Versicherungsschutz für eventuell durch die Studie verursachte Schäden. Es gelten die allgemeinen Haftungsbedingungen. Auf den Abschluss einer zusätzlichen verschuldensunabhängigen Versicherung wurde verzichtet, so dass für Sie diesbezüglich kein Versicherungsschutz besteht. Einen Schaden, der Ihrer Meinung nach auf die Studie zurückzuführen ist, melden Sie bitte unverzüglich dem Versuchs- oder Projektleiter.

#### **5. Vorteile im Zusammenhang mit der Studie**

Der Nutzen der Studie besteht u.a. darin, Erkenntnisse über die möglicherweise zusätzliche Wirksamkeit einer gruppentherapeutischen Maßnahme zur Selbstwertstärkung für Patienten, deren Erkrankung großes, individuelles Leiden darstellt zu erlangen. Diese könnten zur Entwicklung neuer und Optimierung vorhandener Psychotherapieangebote genutzt werden.

#### **6. Das Recht Fragen zu stellen und das Recht die Teilnahme abubrechen**

Sie haben das Recht, jederzeit Fragen zu den möglichen und/oder bekannten Risiken dieser Studie zu stellen. **Ihre Teilnahme an der Studie ist freiwillig und Sie können jederzeit Ihre Teilnahme ohne Angabe von Gründen widerrufen, ohne dass Ihnen irgendwelche Nachteile entstehen.**

Wenn Sie Fragen zu dieser Studie haben, wenden Sie sich bitte jederzeit an:

Dr. Dipl.-Psych. Nina Sarubin  
Abt. Psychotherapie & Psychosomatik  
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der LMU München  
Nußbaumstraße 7  
D - 80336 München  
Telefon +49 (0)89 5160-5382  
Telefax +49 (0)89 5160-3930  
e-mail: Nina.Sarubin@med.uni-muenchen.de

**Einverständniserklärung zur Studie „Entwicklung, Implementierung und Evaluation einer psychoedukativen Selbstwertgruppe im Rahmen der stationären psychiatrischen Behandlung“**

Hiermit willige ich,

Name, Vorname:

Adresse:

Tel.-Nr.:

Geburtsdatum:

Studiencode:

in die Teilnahme an der Studie „**Entwicklung, Implementierung und Evaluation einer psychoedukativen Selbstwertgruppe im Rahmen der stationären psychiatrischen Behandlung**“ ein.

Hierzu wurde mir erklärt, dass ich an acht Terminen innerhalb eines Zeitraums von vier Wochen an der Selbstwertgruppe teilnehmen und im Rahmen der Studie verschiedene Fragebögen bezüglich meiner psychischen Befindlichkeit ausfüllen werde. Meine personenbezogenen Daten werden zu Studienzwecken in verschlüsselter Form aufgezeichnet, gespeichert und weiterverwertet.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass im Rahmen dieser Studie mich betreffende personenbezogene Daten/Angaben durch die Studienpsychologin erhoben und verschlüsselt (pseudonymisiert) auf elektronischen Datenträgern aufgezeichnet und verarbeitet werden dürfen. Ich bin auch damit einverstanden, dass die Studienergebnisse in nicht rück-entschlüsselbarer (anonymer) Form, die keinen Rückschluss auf meine Person zulassen, veröffentlicht werden.

Ich stimme zu, dass meine Daten in anonymisierter Form für weitere zukünftige Untersuchungen aufbewahrt werden.

Mir ist bekannt, dass ich meine Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen und ohne nachteilige Folgen für mich zurückziehen und einer Weiterverarbeitung meiner Daten und Proben jederzeit widersprechen und ihre Löschung bzw. Vernichtung verlangen kann.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten

Das Aufklärungsgespräch hat geführt: \_\_\_\_\_,  
Nußbaumstr. 7, 80337 München

**Erklärung der aufklärenden Psychologin:**

Hiermit erkläre ich, den/die o.g. Teilnehmer/in am \_\_\_\_\_ über Wesen, Bedeutung, Tragweite und Risiken der o.g. Studie mündlich und schriftlich aufgeklärt und ihm/ihr eine Ausfertigung der Information sowie eine Kopie dieser Einwilligungserklärung übergeben zu haben.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der aufklärenden Psychologin

## 7.4 Handout Gruppenkonzept

### Selbstwertgruppe – Gruppenkonzept

**Ziele:** Informationsvermittlung / Psychoedukation, Steigerung des Selbstvertrauens und der Selbstakzeptanz mittels Achtsamkeitsübungen und kognitiver Techniken (z.B.: Erkennen von eigenen Gefühlen und Bedürfnissen, Abbau selbstwertschädigender und Aufbau selbstwertdienlicher Kognitionen, Berücksichtigung der eigenen Lerngeschichte).

**Teilnehmerzahl:** 12 Teilnehmer, max. 15

**Raum:** Bibliothek der Tagesklinik

**Termine:** Dienstags und donnerstags, 14:30 - 16:00 Uhr

**Sitzungen:**

Infositzung	Vorstellung der laufenden Evaluationsstudie und Fragebogenerhebung
1. Sitzung	<b>Einführung und Überblick:</b> Selbstvertrauen und Selbstakzeptanz als Ergänzung zum sozialen Kompetenztraining
2. Sitzung	<b>Achtsamkeit für den Körper:</b> Wahrnehmung von Körperzuständen
3. Sitzung	<b>Achtsamkeit für unsere Gefühle:</b> Wahrnehmung und Umgang mit positiven und negativen Emotionen
4. Sitzung	<b>Achtsamkeit für unsere Bedürfnisse:</b> Wahrnehmung und Umgang mit persönlichen Bedürfnissen (Erfüllung bzw. Frustration)
5. Sitzung	<b>Für sich sorgen:</b> Verantwortung für das eigene Wohlbefinden übernehmen
6. Sitzung	<b>Der innere Kritiker:</b> Erkennen von dysfunktionalen, selbstwertschädigenden Kognitionen und Verhaltensweisen
7. Sitzung	<b>Der wohlwollende Begleiter:</b> Erarbeiten von hilfreichen, selbstwertdienlichen Kognitionen
8. Sitzung	<b>Übungs- und Abschlussstunde:</b> Dialog und Balance zwischen wohlwollendem Begleiter und innerem Kritiker; Schatzkiste, Zusammenfassung und Feedback

**Vorgehensweise:**

Es ist eine geschlossene Gruppe, d.h. die Teilnehmer durchlaufen gemeinsam alle Sitzungen. Wir wiederholen die jeweils vorangegangene Stunde, bearbeiten neue Themen und Sie erhalten Arbeitsblätter dazu. Da die Gruppe aktuell evaluiert wird, werden am Ende jeder Sitzung Fragebögen ausgeteilt, anhand derer die Inhalte von Ihnen bewertet werden können.

**Erwünscht sind:**

Regelmäßige Teilnahme, aktive Mitarbeit und Selbstbeobachtung bzgl. der aufgeführten Themen.

**Leitung:**

\_\_\_\_\_ (M. Sc., Tel. -553xx) und \_\_\_\_\_ (M. Sc., Tel. -553xx)

**Starttermin:** \_\_\_\_\_

## 7.5 Selbstwertgruppe: Therapeutenmanual

### Sitzung 1: Einführung

#### Benötigte Flipcharts:

#### Flipchart 1: Herzlich willkommen zur Selbstwertgruppe!

Zeiten:

Leitung:

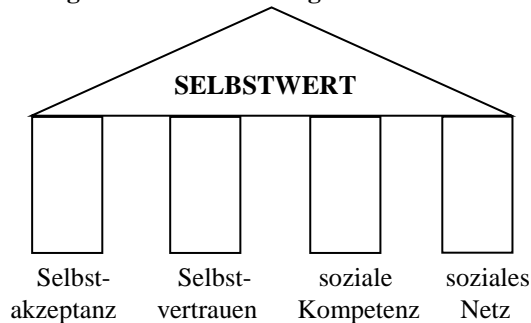
#### Flipchart 2: Inhalte der Sitzungen (vorstellen)

<b>Sitzung 1:</b>	Einführung und Überblick
<b>Sitzung 2:</b>	Achtsamkeit für den Körper
<b>Sitzung 3:</b>	Achtsamkeit für unsere Gefühle
<b>Sitzung 4:</b>	Achtsamkeit für unsere Bedürfnisse
<b>Sitzung 5:</b>	Für sich sorgen
<b>Sitzung 6:</b>	Der wohlwollende Begleiter
<b>Sitzung 7:</b>	Der innere Kritiker
<b>Sitzung 8:</b>	Schatzkiste, Zusammenfassung und Feedback

#### Flipchart 3: Gruppenregeln (sammeln – enthalten sollten sein:)

Schweigepflicht	Recht sich mitzuteilen und Recht zu schweigen
ICH-Botschaften	Gegenseitige Rücksichtnahme
Sich abmelden	Pünktlichkeit und regelmäßige Teilnahme

#### Flipchart 4: Was verbirgt sich hinter dem Begriff Selbstwert?



#### Die vier Säulen des Selbstwertes

Selbstakzeptanz: Akzeptanz der eigenen Person, Annehmen eigener Schwächen

Selbstvertrauen: Überzeugung, etwas zu können, Kompetenzen und Stärken

Soziale Kompetenz: in sozialen Situationen adäquat handeln

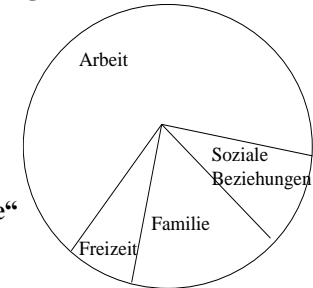
Soziales Netz: in positive soziale Beziehungen eingebunden

#### Flipchart 5: Was spielt bei der Selbstbewertung eine Rolle (z.B. welche Lebensbereiche)?

Familie  
Freizeit  
soziale Beziehungen  
Beruf  
Eigenschaften

Fähigkeiten  
Aussehen  
...

„Selbstwerttorte“



#### Ablauf der heutigen Sitzung

##### 1. Begrüßung (ca. 10 Min., Flipcharts 1 und 2):

- Herzlich willkommen, Gruppenleiter stellen sich vor (Name, Funktion, Erfahrung mit Gruppen...)
- Ablauf der Sitzungen: 1.5 Stunden, nach ca. 45 Min. Pause (wenn erwünscht)
- Übungen für zuhause: Zu verstehen als Vorschläge zur tieferen Auseinandersetzung mit den Themen. Veränderung beginnt im Kopf oder im Bauch (vielleicht auch hier während der Gruppe), aber die Veränderung vollzieht sich v.a. im täglichen Leben. Viele neue Gedanken zum eigenen Selbstwert müssen im Alltag geübt und wiederholt werden – daher sind die Übungen ein wichtiger Bestandteil der Gruppe.
- Inhalte der Sitzungen kurz vorstellen, evtl. Begrifflichkeiten klären (s. Flipchart 2)
- Erwartungsmanagement: Die Gruppe kann den Selbstwert eines Menschen nicht komplett ändern, nur Anregungen, keine Verwandlungen.

##### 2. Vorstellungsrunde „Blitzlicht“

Nachdem sich die Gruppenleitung vorgestellt hat, werden auch die Teilnehmer gebeten, sich kurz vorzustellen (Name, Station usw.) und zu sagen, wie es ihnen gerade geht. Außerdem kann die „Vorstellungsrunde“ durch ein kleines Spiel aufgelockert werden:

**Wahrheit und Lüge:** Jeder TN überlegt sich drei Dinge, die er über sich erzählen möchte (z.B. Hobbys, Erlebnisse, Interessen, Eigenschaften, ...). Zwei davon sind wahr, eine Sache darf man frei erfinden. Nachdem der Spieler seinen Namen gesagt hat, erzählt er nun die drei Dinge. Der Rest der Gruppe muss raten und abstimmen, was wohl gelogen ist. Ziel ist es möglichst glaubwürdig die Lüge zu verkaufen, um nicht erwischt zu werden...

##### 3. Gruppenregeln sammeln (ca. 10 Min., Flipchart 3)

Was ist wichtig, damit Sie sich in der Gruppe wohlfühlen? – Am Flipchart sammeln



#### **4. Die vier Säulen des Selbstwertes (Flipchart 4)**

Zunächst gemeinsam mit der Gruppe sammeln: Was ist der Selbstwert?

##### **Wichtig:**

- Selbstwert: Ist der Wert, den eine Person sich selbst zuschreibt – also eine völlig subjektive Bewertung der eigenen Person. Diese subjektive Beurteilung muss nicht mit der objektiven Realität übereinstimmen oder wie andere Menschen diese Person erleben.
- Dieser Wert kann positiv oder negativ sein.
- Der Selbstwert einer Person ist auf 4 Säulen aufgebaut (Flipchart 4) – alle vier Säulen sind wichtig – denn wenn schon eine fehlt, steht „das Haus unsicher“.

##### **Gemeinsam mit Gruppe erarbeiten:**

Gemeinsam erarbeiten, was sich hinter den Begriffen Selbstakzeptanz, Selbstvertrauen, soziale Kompetenz und soziales Netz verbergen könnte.

1. Selbstakzeptanz: Akzeptanz der eigenen Person, Annehmen eigener Schwächen
2. Selbstvertrauen: Überzeugung, etwas zu können, Kompetenzen und Stärken
3. Soziale Kompetenz: in sozialen Situationen adäquat handeln
4. Soziales Netz: in positive soziale Beziehungen eingebunden sein. Zufriedenheit in sozialen Beziehungen können wir erst dann aufbauen, wenn wir mit uns selbst im Reinen sind (Selbstakzeptanz und Selbstvertrauen als Grundvoraussetzung für die anderen beiden Säulen).

##### **Hinweis:**

Hinweis, dass wir uns in dieser Gruppe vor allem den ersten beiden Säulen Selbstakzeptanz und Selbstvertrauen widmen werden.

#### **5. Wie entsteht der Selbstwert?**

##### **Gemeinsam mit Gruppe erarbeiten:**

- Was führt überhaupt zu negativer oder positiver Selbstbewertung? Hier gibt es keine einfache Antwort, es sind mehrere Faktoren beteiligt.
- Am Flipchart Antworten sammeln (Flipchart 5)

##### **Wichtig:**

- Es nehmen nur diejenigen Lebensbereiche Einfluss auf unseren Selbstwert, die uns auch subjektiv wichtig sind → Aufmalen einer möglichen „Selbstwerttorte“.
- Wir sehen: Je nachdem, wohin man bei der Selbstbewertung schaut, kann es zu ganz unterschiedlichen „Selbstwerten“ kommen (selbstwertstärkend vs. selbstwertschädigend)
- Schubladenkonzept: Unser Selbstwert sollte aus einer „Kommode mit vielen Schubladen“, also aus vielen verschiedenen Facetten bestehen. Menschen

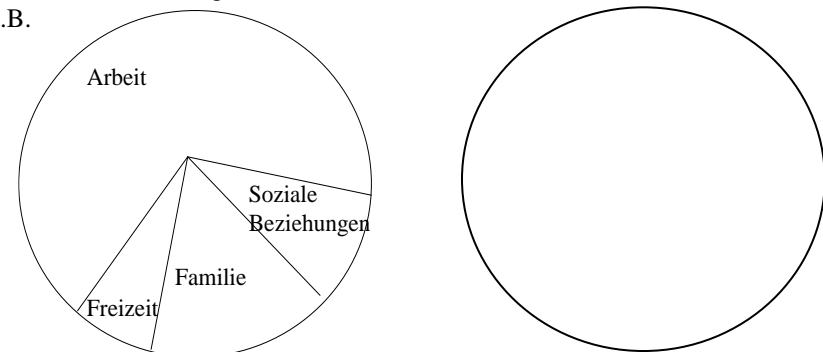
unterscheiden sich, welche Schubladen sie aufziehen und wie häufig sie diese aufziehen.

- Facettenreichtum ist schützend, man sollte sich nicht auf eine Rolle/einen Lebensbereich fixieren (z.B. wenn man sich zu sehr auf die Mutterrolle fixiert, wird der Auszug der Kinder eine extreme Belastung)
- Es geht auch nicht darum, bestimmte Schubladen (in denen die „miesen Dinge“ sind) gar nicht mehr zu öffnen.

#### **6. Hausaufgabe**

1. Welche Lebensbereiche („Schubladen“) spielen bei Ihrer Selbstbewertung eine Rolle? Versuchen Sie diese Lebensbereiche in einem Kreis darzustellen. Dabei entspricht die Größe des Kuchenstückes der Wichtigkeit des Lebensbereiches für Ihre Selbstbewertung.

z.B.



Dieser „Kuchen“ würde bedeuten, dass vor allem die Arbeit meinen Selbstwert bestimmt.

2. Was machen Sie bereits selbst, um Ihren Selbstwert zu stärken?
3. Wir möchten Sie ermutigen, über folgende Fragen nachzudenken:
  - a) Welche Fähigkeiten und Stärken hatten Sie in der Vergangenheit oder haben Sie heute?
  - b) Gibt es etwas, auf das Sie früher oder heute sogar noch stolz sind?

#### **7. „Abschlussblitzlicht“**

Die Patienten werden gebeten, in einer kurzen Abschlussrunde zu sagen, wie es ihnen gerade geht.

## Sitzung 2: Achtsamkeit für den Körper

### Benötigte Flipcharts:

#### Flipchart 1:

Achtsamkeit (=buddhistische Meditationspraxis) ist das aufmerksame, unvoreingenommene Beobachten aller Phänomene, um sie wahrzunehmen und zu erfahren, wie sie in Wirklichkeit sind, ohne sie emotional oder intellektuell zu verzerren

#### Flipchart 2:

Achtsamkeit kann man auf verschiedene Bereiche anwenden: Größtmögliche nicht (be-)wertende Aufmerksamkeit auf das bewusste Erleben des aktuellen Augenblicks...  
Gerichtet auf... Körper, Sinne, Gefühle, Bedürfnisse

#### Flipchart 3:

**1. Beobachtung und Wahrnehmung** bestimmter Aspekte: Zunächst geht es nur um die Aufmerksamkeit, die man auf sich selbst, d.h. auf seinen Körper und seine Sinne lenkt. Wahrnehmen wie es ist, ohne zu bewerten  
**2. Ausprobieren von Varianten:** Dann können wir achtsam mit Wahrnehmung und Erfahrungen umgehen und bemerken, was angenehm oder unangenehm ist.  
**3. Suche nach optimalen Umgang** (+positive Aufmerksamkeit): Schließlich können wir daraus lernen damit fürsorglich zu verfahren und etwas zu verändern.

#### Flipchart 4: Körperteile, auf die man achten könnte

- Beine/ Füße: Bodenkontakt? Überschlagen?
- Rücken: gerade oder rund; Schultern: angezogen oder hängend?
- Finger/ Hände: Faust, hängend?
- Kopf, Stirn: gerunzelt oder glatt?
- Bauch: eingezogen oder entspannt
- Brust: hervorgestreckt; wie ist die Atmung?

#### Flipchart 5: Momente, in denen man auf seinen Körper achten könnte:

- U-Bahn, Kino, Spazieren, am PC, beim Essen...

### Ablauf der heutigen Sitzung:

#### 1. „Blitzlichtrunde“

Jeder Patient wird gebeten kurz mitzuteilen wie es ihm gerade geht. In Anlehnung an die Hausaufgabe vom letzten Mal soll mindestens eine Sache aufgezählt werden, auf die man stolz ist.

→ Hinweise – falls passend: Wenn Patienten keinen Bereich finden, auf den sie stolz sind: Gibt es etwas, dass Sie ein bisschen besser können/finden? Was würde ein guter Freund zu Ihnen sagen?

### 2. Wiederholung der letzten Sitzung

- Gemeinsam mit den Teilnehmern die wichtigsten Inhalte der letzten Sitzung wiederholen: Vier Säulen des Selbstwertes, Modell des „Selbstwertkuchens“
- Besprechung der Hausaufgabe  
→ Hinweise – falls passend:
  - Es gibt Menschen, die schätzen sich richtig ein, aber auch solche, die sich zu negativ oder zu positiv einschätzen.
  - Ein starker Selbstwert ist i.d.R. eine hoch erwünschte Eigenschaft, bei einer Selbstüberschätzung kann es aber auch zu sozialen Problemen kommen.
  - Es gibt Geschlechtsunterschiede: Zur Stabilisierung und Steigerung des Selbstwertes benötigen Männer eher Leistungen, Frauen eher Verbundenheit in sozialen Beziehungen. Frauen haben tendenziell einen geringeren Selbstwert und erleben eher Kritik von außen als selbstwertbelastend, Männer hingegen leiden eher unter selbst wahrgenommenen Unzulänglichkeiten.

### 3. Erläuterung des Begriffes „Achtsamkeit“

Gemeinsam mit Teilnehmern sammeln, was Achtsamkeit bedeutet (**Flipchart 1**)

#### Wichtig:

Was bedeutet das für den Alltag? Hier und jetzt genau so zu sein, wie ich jetzt bin. Genau das tun, was ich jetzt tue. Weder in Gedanken, noch in Gefühlen einen Schritt voraus zu sein, noch einen Schritt zurück zu bleiben. Weder zu bewerten noch zu beurteilen, was ich jetzt gerade fühle, wahrnehme, empfinde. Nicht zu fragen, was richtig oder falsch, gut oder schlecht ist. Sein, ohne die Wahrnehmung und die Gefühle zu zensieren.

*Achtsamkeit → Positive Selbstzuwendung → Selbstakzeptanz/Selbstvertrauen*

Achtsamkeit bildet die Grundlage für eine positive Haltung sich selbst gegenüber (erhöht die Selbstaufmerksamkeit für eigene Sinne, Gefühle und Bedürfnisse)

### 4. Anwendung Achtsamkeit (Flipchart 2)

### 5. Bezug zum Körper herstellen und Schritte des achtsamen Umgangs erklären (Flipchart 3)

#### Wichtig:

*Wenn ich nicht achtsam bin – mich nicht beachte - kann ich auch nicht positiv mit mir umgehen.*

## 6. Übungen für einen achtsamen Umgang mit dem Körper

Ziel der Übungen:

- Aufmerksam werden auf Muster
- Muster gegebenenfalls unterbrechen lernen
- Handlungsspielraum vergrößern

### Übung 1

„Übung zum Sitzen“ aus Potreck-Rose & Jacob (2008), S. 85

#### X Sitzen

##### 1. Schritt: Wahrnehmen

Nehmen Sie sich ein paar Minuten Zeit. Konzentrieren Sie sich möglichst vollständig auf sich, Ihre Wahrnehmungen und Ihre Empfindungen, versuchen Sie möglichst intensiv, die Qualitäten Ihrer gegenwärtigen Erfahrungen zu spüren. Nehmen Sie, ohne Ihre Sitzposition zu verändern, wahr, wie Sie sitzen. Stellen Sie sich – in Ihrem Tempo! – folgende Leitfragen:

- Haben Sie Ihre Beine übereinander geschlagen oder stehen beide Füße auf dem Boden?
- Haben Sie die Beine ausgestreckt oder angewinkelt, vielleicht ein Bein oder beide Beine hinter die Stuhlbeine geklemmt? Wenn Sie die Beine übereinander geschlagen haben: Welches ist oben, wo ist der Fuß dieses Beines? Hängt er locker nach unten oder haben Sie die Fußspitze angezogen? Oder den Fuß des übergeschlagenen Beines hinter das untere Bein geklemmt?
- Stehen Ihre Füße mit ihrer ganzen Fußfläche auf dem Boden oder haben Sie eine Fläche oder beide gekippt?
- Versuchen Sie zu spüren: Ist das eigentlich eine bequeme, eine angenehme, eine entspannte Haltung, so wie Ihre Beine und Füße jetzt stehen? Oder ist Ihre Haltung unbequem, angespannt?

##### 2. Schritt: Variieren

Lassen Sie sich Zeit für dieses Spüren, geben Sie dem aufkommenden Bedürfnis, etwas an der Position zu ändern, zunächst nicht nach. Erst wenn Sie Ihre augenblickliche Sitzposition ausgiebig erkundet haben, folgt der nächste Schritt. Nun experimentieren Sie, wie Sie die Position Ihrer Beine und Füße verändern können:

- Stellen Sie beide Füße nebeneinander auf und variieren Sie die Belastung (gesamte Fußsohlen, nur die Fersen, nur die Fußspitzen, beide Beine abwechselnd belasten).
- Lassen Sie beide Füße auf dem Boden stehen und vergrößern Sie den Abstand zwischen Ihren Knien.

- Verändern Sie bei aufgestellten Füßen den Winkel zwischen Unter- und Oberschenkeln.
- Schlagen Sie Ihre Beine auf alle möglichen Arten übereinander.

##### 3. Schritt: Suche nach einer guten Sitzhaltung

Nachdem Sie die Vielfalt der möglichen Sitzpositionen für Beine und Füße erkundet haben, kehren Sie zu Ihrer ursprünglichen Sitzposition zurück und vergegenwärtigen Sie sich noch einmal: Ist sie angenehm? Bequem? Entspannt? Suchen Sie jetzt gezielt eine möglichst angenehme Position, die den Muskeln die Möglichkeit gibt, sich zu entspannen, und bei der das Gewicht auf beide Beine und Füße besser verteilt wird. Wenn Sie meinen, Sie hätten schon eine entspannte Haltung, dann forschen Sie: Geht es doch noch ein wenig entspannter, bequemer? Probieren Sie es aus. Was möchten Sie noch verändern? Wie sitzen Sie jetzt? Besser, angenehmer?

##### 4. Schritt: Aufstehen und neu hinsetzen

Stehen Sie auf und laufen Sie etwas im Raum herum. Dann setzen Sie sich, ohne sich irgendeine Instruktion zu geben, wieder hin. Dann prüfen Sie: Wie sitzen Sie? Haben Sie Ihre alte, vertraute, gewohnte Position wieder eingenommen (das ist meistens der Fall!) oder haben Sie sie variiert? Ist die Sitzposition gut so? Prüfen Sie auch andere Elemente Ihrer Körperhaltung (Rücken, Schultern, Nacken, Kopf, Arme und Hände). Wenn Sie länger in dieser Position bleiben, wie steht es mit Ihrer Befindlichkeit, Behaglichkeit, Entspannung?

##### 5. Schritt: Muster unterbrechen

Meistens kehren wir automatisch in gewohnte Sitzmuster zurück. Können Sie das Muster unterbrechen? Wie können Sie sich daran hindern, dass Sie unbemerkt und immer wieder in die gleichen Bewegungsabläufe zurückfallen wie in ausgetretene Pfade? Wie können Sie die Muster vervielfältigen, ergänzen, um andere Elemente erweitern?

### Übung 2

„Übung zur Atmung“ → Potreck-Rose & Jacob (2008), S. 100

#### X Atmen

##### 1. Schritt: Wahrnehmen

Nehmen Sie sich für die Übung ein paar Minuten Zeit. Konzentrieren Sie sich möglichst vollständig auf sich, Ihre Wahrnehmungen und Ihre Empfindungen, versuchen Sie möglichst intensiv, die Qualitäten Ihrer gegenwärtigen Erfahrungen zu erfassen. Setzen Sie sich in eine beliebige Position, verändern Sie vorerst nichts an Ihrer Haltung und an Ihrem Atmen und stellen Sie sich – in Ihrem Tempo! – folgende Leitfragen:

- Wie weit geht mein Atem in meinen Körper?
- Wo kann ich ihn spüren? Wie weit kann ich ihn spüren? Ist er flach, ganz oben im Hals? Reicht er bis in den Brustbereich, etwa bis zum Brustbein?
- Hebt und senkt sich mein Brustkorb?
- Spüre ich meinen Bauch beim Atmen? Wird mein Bauch beim Atmen größer und kleiner?
- Ist mein Mund geöffnet beim Atmen? Welchen Weg nimmt die Luft: Strömt mein Atem durch den Mund? Durch die Nase? Wie atme ich ein? Wie wieder aus?
- Wie fühlt sich mein Oberkörper an? Groß und ausgedehnt? Schmal? Lang? Klein und zusammengedrückt?

##### 2. Schritt: Variationen

Nun ändern Sie Ihre Sitzposition, zum Beispiel, indem Sie sich einmal kurz strecken und etwas aufrechter hinsetzen (Sie können natürlich auch das Gegenteil tun, dann werden Sie entsprechend andere Erfahrungen machen). Achten Sie wieder auf Ihre Wahrnehmung:

- Wie weit geht mein Atem jetzt in meinen Körper? Gelangt er weiter, tiefer?
- Hebt und senkt sich mein Brustkorb anders?
- Bewegen sich die Schultern mit dem Brustkorb zusammen?
- Wie fühlt sich mein Oberkörper jetzt an?

In den nächsten Schritten können Sie Ihr Atmen variieren:

- Lassen Sie den Mund für ein paar Atemzüge zu und dann lassen Sie ihn für ein paar Atemzüge offen.

- Seufzen Sie beim Ausatmen oder machen Sie andere Töne zum Atmen.
- Schicken Sie Ihren Atem bis tief in die Bauchhöhle und lassen Sie ihn dann ganz langsam wieder ausströmen.
- Lassen Sie den Atem ganz oben im Hals.
- Breiten Sie beim Einatmen die Arme weit aus und umfassen Sie beim Ausatmen Ihren Brustkorb mit den Armen. Wiederholen Sie das ein paar Mal. Und dann anders herum, wieder ein paar Mal. Spüren Sie dem Unterschied nach und beobachten Sie, was mit Ihrem Atmen geschieht, welche Präferenz Sie haben, was für Sie leichter ist.

##### 3. Schritt: Nachspüren

Zum Schluss der Übung nehmen Sie Ihre Ausgangsposition wieder ein und atmen ruhig, ohne sich irgendeine Instruktion zu geben. Jetzt prüfen Sie noch einmal:

- Wie atme ich jetzt?
- Was ist mir jetzt von meinem Körper am meisten gegenwärtig?
- Welche Körperregion spüre ich am intensivsten?
- Habe ich jetzt einen besonderen Körperimpuls (z.B. tief auszuatmen, zu seufzen, die Hände auf den Bauch oder den Brustkorb zu legen oder aufzustehen, mich zu strecken)?

Dann geben Sie diesem Impuls nach und beenden Sie die Übung!

**Übung besprechen:** Die drei Schritte durchgehen, Erfahrungen austauschen.

## 7. Besprechung der Hausaufgabe / Handout austeilten

- Gemeinsam mit den Teilnehmern sammeln, auf welche Körperteile man noch achten könnte und ggf. auf Flipchart sammeln (bspw. Beine, Füße, Rücken, Stirn...)
- Situationen sammeln, in denen man auf seinen Körper achten könnte und ggf. auf Flipchart sammeln (bspw. U-Bahn, Kino, beim Duschen...)

→ Patienten sollen sich drei Situationen überlegen, in denen sie auf ihren Körper achten könnten und dies ausprobieren!

## 8. „Abschlussblitzlicht“

**Übung besprechen:** Die 3 Schritte (s. o.) noch einmal durchgehen. Überprüfen der Sitzposition ist etwas, das man nur mit erhöhter Selbstaufmerksamkeit machen kann; dann kommt positive oder wohlwollend gerichtete Aufmerksamkeit hinzu. Wichtig: zunächst ist nur wichtig die Aufmerksamkeit auf sich zu lenken, ob es gut ist, wie es ist...dann verändern.

Anschließend kurze Lockerung (einmal aufstehen, sich bewegen, wieder hinsetzen ODER hier Pause!)

### Fortsetzung der Übung S. 87

Mit Teilnehmern besprechen: haben sie sich genauso hingesezt? Anders hingesezt? Man hat oft Muster, die nicht immer bequem sind...

### Sitzung 3: Achtsamkeit für Gefühle

#### Benötigte Flipcharts:

##### Flipchart 1: Funktionen von Gefühlen

- ...

##### Flipchart 2: Akzeptieren – Was heißt das?

Akzeptieren von Emotionen ...

Heißt nicht, dass ich die Emotion toll finden muss.

Heißt nicht, dass ich immer alles akzeptiere.

Heißt nicht, dass ich die Situation akzeptiere, die die Emotion ausgelöst hat.

Heißt nicht, dass ich aufgebe und mich nicht mehr dafür einsetze, dass es mir besser geht.

Sondern:

Heißt, dass ich negativen Emotionen eine „bedingte Erlaubnis“ gebe da zu sein, weil ich weiß, dass der Kampf gegen diese Emotion diese nur stärker macht.

Hilft mir, Ruhe zu finden, mit der ich Emotionen dann effektiv verändern kann.

Ist deswegen oft der 1. Schritt zur Veränderung eines Gefühls.

Paradox aber oft war: Akzeptieren ist Verändern!

##### Flipchart 3: 5 Schritte zur Förderung von Akzeptanz und Toleranz

1. Akzeptanz als Ziel setzen
2. Ziel durch Begründung stärken
3. Gefühle als Verbündete sehen
4. Eigene Belastbarkeit bewusstmachen
5. Vergänglichkeit von Gefühlen bewusst machen

#### Ablauf der heutigen Sitzung

##### 1. „Blitzlichtrunde“

Bevor in die Blitzlichtrunde gestartet wird, wird ein Arbeitsblatt ausgeteilt, welches verschiedene Qualitäten von Gefühlen enthält. Die Patienten werden gebeten, in der Blitzlichtrunde mithilfe dieses Blattes etwa drei konkrete Gefühle zu benennen, die aktuell zutreffen.

##### 2. Wiederholung der letzten Sitzung

- Gemeinsam mit den Teilnehmern die wichtigsten Inhalte der letzten Sitzung wiederholen: Was ist Achtsamkeit, warum ist Achtsamkeit für den Körper wichtig, was bedeutet es achtsam mit dem eignen Körper zu sein und wie hängt das mit dem Selbstwert zusammen?

- Besprechung der Hausaufgabe:
  - Haben Sie sich eine Situation ausgewählt, in der Sie achtsam für den eigenen Körper sein wollten?
  - Ist es Ihnen gelungen, achtsam zu sein – d.h. wahrzunehmen und zu akzeptieren und in einem zweiten Schritt etwas zu verändern?

#### 3. Einführung in das Thema Achtsamkeit für Gefühle

- Einstieg mit dem Arbeitsblatt „Emo-Check“:
- Patienten sollen den Fragebogen ausfüllen (nicht komplett, etwa 5 min) und berichten, wie es ihnen damit ergangen ist und erarbeiten, warum wir uns in der SW-Gruppe mit Achtsamkeit für Gefühle beschäftigen

##### Wichtig:

- Viele Menschen reagieren auf negative Gefühle, in dem sie sich für diese Reaktionen anklagen und sich Vorwürfe machen, d.h. sie werten sich selbst ab, der Selbstwert sinkt.
  - Unser Umgang mit Gefühlen kann sich also ganz direkt auf unser Selbstwert-Gefühl auswirken.
  - Vielleicht haben die Teilnehmer beim Ankreuzen des Emo-Checks festgestellt, dass sie sich wegen einiger emotionaler Reaktionen der letzten Woche angeklagt haben – sich gedacht haben: „Jetzt war ich schon wieder ängstlich und deprimiert – warum bekomme ich das nicht besser auf die Reihe.“
- Um mit Emotionen gut umgehen zu können, benötigen wir zunächst einmal **Zugang zu unseren Gefühlen**.

Der 1. Schritt, um den eigenen Umgang mit Gefühlen zu verändern, ist:

**Gefühle zunächst wertfrei wahrnehmen und sie akzeptieren (=Achtsamkeit).**

#### 4. Funktionen von Gefühlen erarbeiten (Flipchart 1)

Ein erster Schritt, Gefühle wertfrei akzeptieren zu können, ist der, sich über deren Funktion klar zu werden. Gemeinsam mit den Teilnehmern erarbeiten, welche Funktionen bestimmte Gefühle haben (Auszug):

##### In der Regel hilfreiche emotionale Reaktionen

Entsteht wenn ...	Funktion	Typische Gedanken	Typische Körperreaktionen
<b>Entspanntheit</b> ... ich meine Ziele nicht als gefährdet betrachte und ich mich von anstehenden Aufgaben lösen kann.	Entspannung dient der Regeneration. Sie ist notwendig, um Abstand zu gewinnen, Kräfte zu sammeln und den Kopf frei zu bekommen.	Schön, dass gerade mal nichts anliegt. So wie es ist, kann es noch eine Weile bleiben.	Verlangsamter Pulsschlag Regelmäßiger, ruhiger Atem Muskelentspannung Verminderte Schmerzempfindlichkeit
<b>Sicherheit</b> ... ich mir sicher bin, dass meine Ziele nicht bedroht sind oder dass ich die Bedrohung leicht abwehren könnte.	Signalisiert die Abwesenheit von Bedrohung. Lädt ein zu entspannen oder etwas Neues zu wagen.	Alles ist gut. Ich fühle mich geborgen. Mir kann nichts passieren.	Wie bei Entspannung und Mut

### 5. Gefühle akzeptieren (Flipchart 2)

#### Was heißt es, Gefühle zu akzeptieren?

- Rückfragen aus der Gruppe diskutieren
- Eigene Haltung: „Es ist, wie es ist. Es ist OK, wie du dich gerade fühlst.“
- Doch wie gelingt es uns, auch z.B. negative Gefühle zu tolerieren?

### 6. Fünf Schritte zur Förderung von Akzeptanz und Toleranz (Flipchart 3)

#### 1. Akzeptanz als Ziel setzen

Zunächst einmal ist es wichtig, sich das Ziel zu setzen, die eigenen aktuellen Reaktionen und Gefühle möglichst gelassen akzeptieren und soweit notwendig auch tolerieren zu können. Z.B.: „Selbst wenn es mir zurzeit noch schwer fällt, will ich mich bemühen, meine aktuellen Gefühle akzeptieren und aushalten zu können ...“

#### 2. Ziel durch Begründung stärken

Dann geht es darum, dieses Ziel stark zu machen. Dies kann man erreichen, indem man sich bewusst macht, warum es gut ist, die eigenen Gefühle akzeptieren und aushalten zu können: „Ich will mich bemühen, meine Gefühle zu akzeptieren und wenn nötig auch auszuhalten, da ich nicht blind auf meine Gefühle reagieren will, sondern mir in Ruhe überlegen möchte, was ich wirklich tun will ...“ Oder: „Die Gefühle sind nun einmal da, und ich kann sie nicht sofort abschalten. Deswegen muss ich sie zumindest für eine bestimmte Zeit akzeptieren und aushalten ...“ Oder: „Wenn ich gegen diese Gefühle ankämpfe, werden sie nur stärker ...“

#### 3. Gefühle als Verbündete sehen

Außerordentlich hilfreich für die Akzeptanz ist es, eine positive Einstellung gegenüber seinen aktuellen Gefühlen zu aktivieren: „Diese Gefühle haben ihren Sinn. Sie zeigen mir an, dass ... Sie helfen mir dabei, dass ... Sie gehören zu mir, und ich habe ein Recht, sie zu haben ... Diese Gefühle sind eine Herausforderung ...“

#### 4. Eigene Belastbarkeit bewusst machen

Dafür ist es hilfreich, sich in Erinnerung zu rufen, was man in der Vergangenheit schon alles an negativen Gefühlen aushalten konnte: „Ich habe in meinem Leben schon häufiger bewiesen, dass ich auch unangenehme Gefühle aushalten kann. Dann werde ich das diesmal auch schaffen.“

#### 5. Vergänglichkeit von Gefühlen bewusst machen

Schließlich ist es wichtig, sich klar zu machen, dass negative Gefühle nicht ewig dauern, sondern sich von alleine ändern – auch dann, wenn man sie nicht aktiv zu beeinflussen versucht:

„Gefühle sind vergänglich...“



#### Ergänzende Erklärungen:

Gefühle sind wie „Wellen“, die über uns hinweg ziehen und auf denen wir surfen lernen können, bis sie ausgelaufen sind.

Akzeptieren von negativen Gefühlen ist schwierig, weil das menschliche Gehirn automatisch mit der Bewertung „nicht akzeptabel“ reagiert und mit Vermeidungsimpulsen. Dann werden alle möglichen Verhaltensweisen aktiviert, die das negative Gefühl möglichst schnell beseitigen sollen (z.B. Vermeidung einer bestimmten Situation bei Angst). Oft führt dieses Verhalten aber dazu, dass das Gefühl langfristig nur noch stärker wird.

Wichtig ist, Ruhe „ins System“ zu bringen. Dabei kann man sich unterstützen:

Sich nicht selbst beschuldigen und abwerten.

Sondern: sich innerlich zur Seite stehen, sich liebevoll unterstützen, sich gegenüber Mitgefühl entwickeln.

Man signalisiert sich selbst:

Ich bin für mich da.

Es ist ok, so zu reagieren.

Ich werde es schaffen, mit dieser Situation umzugehen (da ich in der Vergangenheit schon xy gemeistert habe)

### 7. Hausaufgabe: Mein persönlicher Akzeptanz- und Toleranz-Fahrplan

Den Teilnehmern die Hausaufgabe erläutern. Es geht darum, sich durch einen individuellen „Akzeptanz- und Toleranz-Fahrplan“ das Akzeptieren unangenehmer Gefühle zu erleichtern.

### 8. „Abschlussblitzlicht“



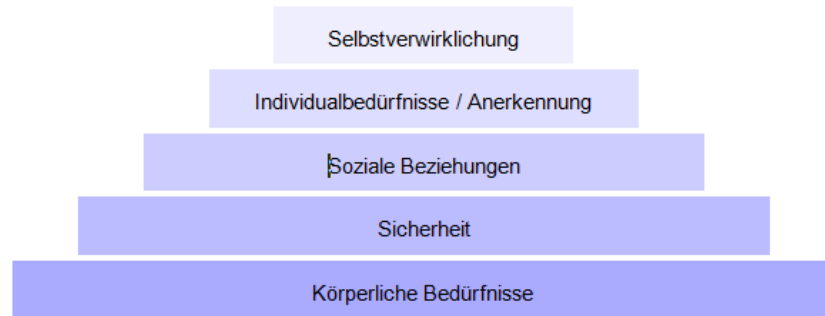
## Sitzung 4: Achtsamkeit für Bedürfnisse

### Benötigte Flipcharts:

#### Flipchart 1: Bedürfnisse (sammeln anhand von Motiv-Postkarten)

- Ruhe
- Gesundheit...

#### Flipchart 2: Die Maslow'sche Bedürfnispyramide (Maslow, 1943)



#### Flipchart 3: Bedürfnisse werden in vier Gruppen unterteilt – nach:

1. **Art der Befriedigung:** Individualbedürfnisse vs. Kollektivbedürfnisse
2. **Dringlichkeit:** Existenzbedürfnisse, Grundbedürfnisse, Luxusbedürfnisse
3. **Konkretheit:** materiellen Bedürfnissen und immateriellen Bedürfnissen
4. **Bewusstheit:** offene oder verdeckte Bedürfnisse

#### Flipchart 4: (mit Teilnehmern erarbeiten)

##### Ziele eines achtsamen Umgangs mit eigenen Bedürfnissen:

- Planung wohlwollender Aktivitäten und Handlungen
- Respektvoller Umgang mit wichtigen Grundbedürfnissen (Schlafen, Essen usw.)
- Sich selbst nicht warten lassen bei der Bedürfnisbefriedigung
- ...

Erwachsensein = Verantwortung und Verpflichtung für das eigene Wohlergehen, für eigene Bedürfnisse und Anliegen zu sorgen

##### Häufige Mängel:

- Grundbedürfnisse: Essen, Schlafen, Wärme, Geborgenheit
- Zeit für sich selbst, für Lieblingsbeschäftigungen, Bewegung, Sport
- Kontakt mit Freunden oder Familie
- ...

### Ablauf der heutigen Sitzung

#### 1. „Blitzlichtrunde“

#### 2. Wiederholung der letzten Sitzung

- Gemeinsam mit den Teilnehmern die wichtigsten Inhalte der letzten Sitzung wiederholen: Was bedeutet Achtsamkeit, warum ist es wichtig achtsam für die eigenen Gefühle zu sein, was hat das mit dem Selbstwert zu tun?
- Besprechung der Hausaufgabe (Akzeptanz- und Toleranz-Fahrplan)

#### 3. Einstieg Achtsamkeit für Bedürfnisse

- Die Teilnehmer werden gebeten, aus einer bunten Sammlung an Postkarten, die bereits vor Beginn der Sitzung auf dem Boden verteilt wurden, ein bis zwei auszusuchen, die ein (aktuelles) Bedürfnis bei ihnen ansprechen.
- Diese Bedürfnisse werden auf einem Flipchart gesammelt und es wird jeweils gefragt, wie gut dieses benannte Bedürfnis gerade erfüllt ist und was ggf. getan werden kann, um diese noch besser zu befriedigen.



#### **4. Definition von Bedürfnissen (Flipchart 2)**

- Anhand des Flipcharts die Theorie der „Maslow’schen Bedürfnispyramide“ erklären

##### **Wichtig:**

- Beruht auf dem vom US-amerikanischen Psychologen Abraham Maslow entwickelten Modell, um Motivationen von Menschen zu beschreiben.
  - Die menschlichen Bedürfnisse bilden die "Stufen" der Pyramide und bauen aufeinander auf.
  - Ein Mensch hat in jedem Moment Bedürfnisse, die sich durch Gefühle bemerkbar machen. Es wird hier unterschieden zwischen Gefühlen, die anzeigen, dass Bedürfnisse erfüllt sind und Gefühlen, die anzeigen, dass Bedürfnisse nicht erfüllt sind.
  - Nach der Maslow’schen Bedürfnispyramide versucht der Mensch, zuerst die Bedürfnisse der niedrigen Stufen (wenigstens teilweise) zu befriedigen, bevor die nächsten Stufen Bedeutung erlangen und Handeln motivieren.
- Gemeinsam mit den Teilnehmern Beispiele für die Kategorien der Pyramide finden:
- Selbstverwirklichung: Wunsch, das eigene Potential auszuschöpfen, das zu werden was man werden kann; bspw. Individualität, Talententfaltung, Altruismus, Güte, Kunst, Philosophie und Glaube (Welterklärung und Leitlinien Ethik).
  - Individualbedürfnisse / Soziale Anerkennung: Wunsch nach mentaler/ körperlicher Stärke, Erfolg, Unabhängigkeit, Freiheit und Wunsch nach Ansehen, Prestige, Wertschätzung, Achtung, Wichtigkeit; erreichbar durch bspw. Status, Wohlstand, Geld, Macht, Karriere, sportliche Siege, Auszeichnungen, Statussymbole und Rangerfolge.
  - Soziale Beziehungen (Anschlussbedürfnis): Freundeskreis, Partnerschaft, Liebe, Nächstenliebe, Kommunikation und Fürsorge.
  - Sicherheit: Wohnung, fester Arbeitsplatz, Gesetze, Versicherungen, Gesundheit, Ordnung, Religion (Ritual und Handlungshilfen (Moral)) und Lebensplanung (v. a. Planung der Befriedigung körperlicher Grundbedürfnisse und auch Geburtenkontrolle).
  - Körperliche Grundbedürfnisse: Atmung, Wärme, Trinken, Essen, Schlaf, körperliches Wohlbefinden und Sexualität.

#### **5. Kategorien von Bedürfnissen (Flipchart 3)**

Gemeinsam mit den Teilnehmern Beispiele für die verschiedenen Kategorien erarbeiten.

##### **1. Art der Befriedigung:**

Individualbedürfnisse können von einem Menschen alleine befriedigt werden (z.B. das Bedürfnis, Essen zu kaufen), Kollektivbedürfnisse können nur von einer ganzen Gemeinschaft (z.B. Staat) befriedigt werden (z.B. das Bedürfnis nach Sicherheit).

##### **2. Dringlichkeit:**

Existenzbedürfnisse umfassen die Bedürfnisse nach ausreichender Nahrung, Flüssigkeit, Wohnraum und Sicherheit, Grundbedürfnisse umfassen die Bedürfnisse nach Gesundheit, Umwelt und Kleidung und Ähnlichem, Luxusbedürfnisse umfassen die Bedürfnisse nach luxuriösen Gütern und Dienstleistungen. Da die dem Menschen zur Verfügung stehenden Mittel normalerweise beschränkt sind, kann er nicht alle Grund- oder Luxusbedürfnisse gleichzeitig befriedigen. Er muss deshalb eine Wahl treffen oder seine Bedürfnisse priorisieren.

##### **3. Konkretheit:**

Bei dieser Gruppe der Bedürfnisarten ist zu unterscheiden nach materiellen Bedürfnissen und immateriellen Bedürfnissen. Materielle Bedürfnisse zielen ab auf stoffliche Gegenstände, wie z.B. das Verlangen nach Brot, einem Farbfernseher oder einem Handy. Immaterielle Bedürfnisse werden dagegen im religiösen, ethischen oder geistigen Bereich befriedigt, wie z.B. das Verlangen nach gesellschaftlichem Prestige, Macht, Gerechtigkeit, Geborgenheit, einem Theaterbesuch.

##### **4. Bewusstheit**

Bedürfnisse, die von uns konkret verspürt werden, wie beispielsweise das Verlangen nach Lob oder Nahrung, werden als bewusste oder offene Bedürfnisse bezeichnet. Andere, die unterschwellig empfunden werden, sind den latenten oder verdeckten Bedürfnissen zuzuordnen. Sie schlummern im Verborgenen und können zu offenen Bedürfnissen werden, wenn sie geweckt werden. Dies geschieht sehr häufig durch Werbung (Bedürfniserweckung).

#### 6. Warum ist es wichtig, achtsam für unsere Bedürfnisse zu sein? (Flipchart 4)

Gemeinsam mit den Teilnehmern erarbeiten, warum es gut ist, achtsam für seine Bedürfnisse zu sein.

##### Ziel:

- Planung wohlwollender Aktivitäten und Handlungen
- Respektvoller Umgang mit wichtigen Grundbedürfnissen (schlafen, Essen usw.)
- Sich selbst nicht warten lassen bei der Bedürfnisbefriedigung
- Erwachsensein= Verantwortung und Verpflichtung für das eigene Wohlergehen, für eigene Bedürfnisse und Anliegen zu sorgen

##### Häufige Mängel:

- Grundbedürfnisse: Essen, Schlafen, Wärme, Geborgenheit
- Zeit für sich selbst, für Lieblingsbeschäftigungen, Bewegung, Sport
- Kontakt mit Freunden oder Familie

#### 7. Hausaufgabe / Handout austeilen

- Die Teilnehmer sollen für sich Achtsamkeit für Bedürfnisse üben. Anhand des Bedürfnistagebuchs kann dies jeden Tag der Woche protokolliert und auch festgehalten werden, ob das betreffende Bedürfnis befriedigt werden konnte oder ob man sich eine Alternative habe suchen müssen.
1. Was sind meine Bedürfnisse? (Bedürfnisse wahrnehmen und erkennen)

2. Wie kann ich diese Bedürfnisse befriedigen?

3. Umsetzung der Bedürfnisse oder Umgang mit Frustration –wie kann ich eine Alternative finden?

--	--

#### Bedürfnistagebuch

<u>Wochentag</u>	<u>Bedürfnis</u>	<u>Wie kann ich es befriedigen?</u>	<u>Ersatzhandlungen?</u>
<u>Beispiel</u>	Zuwendung	Freund/in treffen, Partner um eine Umarmung bitten	Kuscheltier, Haustier, sich selbst etwas Gutes tun (Bad nehmen..)
<u>Montag</u>			
<u>Dienstag</u>			
<u>Mittwoch</u>			
<u>Donnerstag</u>			
<u>Freitag</u>			
<u>Samstag</u>			
<u>Sonntag</u>			

#### 8. „Abschlussblitzlicht“

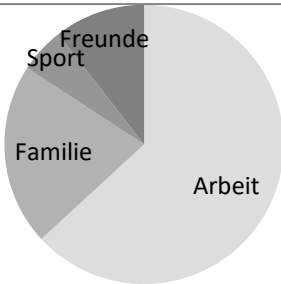


## Sitzung 5: Für sich sorgen

### Benötigte Flipcharts:

#### Flipchart 1: Energiekreis

Auf welche Lebensbereiche verwenden Sie Ihre Energie?



#### Flipchart 2: Wie man für sie sorgen kann.: (gemeinsam mit der Gruppe sammeln)

- Sport
- Pausen
- Schaumbad ...

#### Flipchart 3: Es sich leichter machen: (gemeinsam mit der Gruppe)

- Pausen machen
- Um Hilfe bitten
- Teilziele
- Planen ...

### Ablauf der heutigen Sitzung

#### 1. „Blitzlichtrunde“

#### 2. Wiederholung der letzten Sitzung

- Gemeinsam mit den Teilnehmern die wichtigsten Inhalte der letzten Sitzung wiederholen: Was sind Bedürfnisse; warum ist ein achtsamer Umgang mit unseren Bedürfnissen wichtig für den Selbstwert?
- Besprechung der Hausaufgabe (Bedürfnistagebuch führen)

#### 3. Hinführung zum Thema „Für sich sorgen“

Während es sich beim Thema Achtsamkeit um eine Grundhaltung, die eine Person zu sich selbst einnimmt, handelt, geht es heute stärker um aktives Handeln.

### Gedankenexperiment

Um herauszufinden, ob es mangelnde Fürsorge gibt bzw. Bedürfnisse gibt, die nicht ausreichend befriedigt werden, werden folgende Fragen an die Teilnehmer herangetragen und in der Gruppe diskutiert:

- „Wenn Sie jeden Tag 1 Std. geschenkt bekommen, was würden Sie damit tun?“
- „Gibt es Personen in Ihrer Umgebung, die besser für sich sorgen als Sie?“
- „Hören Sie gelegentlich von einer Ihnen nahestehenden Person ‚Gönn dir doch mal was!‘?“

→ Wozu ist Fürsorge für sich selbst gut? Warum ist das Thema der Selbstwertgruppe? Was passiert, wenn sie nicht gut genug für sich sorgen?

- Wenn ich für mich selbst Sorge, mit etwas Gutes tue, zeige ich mir, dass ich wichtig bin. Das stärkt den Selbstwert.

→ Wichtig ist, sie müssen das „Ja“ für Selbstfürsorge selber treffen, d.h. Verantwortung für das eigene Wohlbefinden übernehmen bzw. nicht mehr auf den Prinzen warten

### 4. Energiekreis (Flipchart 1)

Ein weiteres Gedankenexperiment. Auf welche Lebensbereiche legt Person wie viel Energie, wen oder was nimmt ein Mensch wie wichtig? Wie wichtig nehmen Sie sich selbst?

Vorgehen:

1. Sie teilen das Handout der heutigen Sitzung aus und bitten die Patienten, auf der entsprechenden Seite einen Kreis zu malen, der hundert Prozent ihrer derzeitigen Lebensenergie darstellt. Sie sollen dann eine Einteilung des Kreises vornehmen. Dabei können Sie eine Einteilung in folgende Lebensbereiche vorschlagen: Arbeit, Soziales (Partner, Familie, Freunde), Eigenes (Zeit für sich, Freizeit), optionale Kategorie (z.B. Vereinstätigkeit) o.ä.
2. Nun leiten Sie die Patienten an, die jeweiligen Bereiche in der Größe entsprechend der Energie, die Sie auf diesen Lebensbereich anwenden, zu zeichnen.
3. Die Patienten sollen sich dann folgende Fragen stellen, die in der Gruppe diskutiert werden können: Ist das gut so? Sollte das so sein? Wie würden Sie es sich vielleicht wünschen? Was muss man konkret ändern?

→ Was geschieht, wenn Sie nicht gut/nicht gut genug für sich sorgen? Wie viel Zeit bleibt da für sie um den Krafttank aufzutanken? Selbstfürsorge wichtig! Sich selbst wichtig nehmen!

→ Metapher „Sauerstoffmaske“ (Therapeutische Schätze II, S.170)

Fazit, dass man zuerst sich selbst und dann erst den anderen die Sauerstoffmaske aufsetzen soll. Ich kann den anderen nur helfen, wenn ich mich zuerst um mich selbst gekümmert habe und sichergestellt ist, dass ich ausreichend „Energie“ habe.

### 5. Was kann „für-sich-sorgen“ sein? (Flipchart 2)

Gemeinsam mit den Teilnehmern sammeln, wie man für sich sorgen kann. Bspw.:

1. sich Zeit nehmen für <ul style="list-style-type: none"><li>• Sport, Bewegung</li><li>• Meditation</li><li>• Pausen</li><li>• Lieblingsbeschäftigung</li><li>• Menschen und Begegnungen</li><li>• Musik</li><li>• Kochen, Essen</li><li>• Schlaf</li><li>• Sich schön machen</li></ul>	2. sich verwöhnen mit <ul style="list-style-type: none"><li>• kleinem Geschenk</li><li>• einem Bad</li><li>• festlicher Umgebung</li><li>• außergewöhnlichen Unternehmungen (z.B. Kerzen im Bad) oder den Essplatz besonders schön herrichten</li><li>• feinem Essen</li><li>• Besuch eines Konzerts, Theater etc.</li><li>• Abend ohne Kinder</li><li>• einem arbeitsfreien Tag</li><li>• einem Abend mit gutem Buch</li><li>• am Lieblingsplatz spazieren gehen</li><li>• Barfuß gehen</li><li>• einem Picknick anstatt zuhause zu essen</li><li>• Vogelstimmen lauschen</li></ul>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

#### Mögliche Hindernisse thematisieren

→ „Darf ich mich so wichtig nehmen“, „bin ich nicht egoistisch“ → sie dürfen nicht nur, sie müssen sogar (Sauerstoffmaske)

→ Ich habe es gelernt nicht so wichtig wie andere zu sein → Üben

→ Mehr Zeitaufwand (kurzfristig negativ, aber langfristig positive Konsequenzen)

### 6. Es sich leichter machen (Flipchart 3)

→ Für-sich-sorgen kann auch sein, es sich manchmal leichter zu machen.

Imaginationsübung: Sie sind auf einer Wanderung unterwegs. Es ist Zeit eine Pause zu machen und Sie haben Hunger. Sie sehen über sich auf einem steilen Wiesenhang gelegen, ein Gasthaus. Doch es gibt keinen Weg hinauf.

Überlegen Sie kurz: Da es keinen Weg gibt, was würden Sie wahrscheinlich machen? Es ist zu vermuten, dass sie gerade aus, den steilen Hang hinauf stapfen.

Sie können auch erklären, warum sie den steilen Weg wählen: Sie haben Hunger, Sie wollen schnell etwas essen. Wahrscheinlich würden nur wenige von Ihnen die leichtere Variante wählen: in Serpentina den Weg hinaufzugehen?

Dieses Beispiel soll verdeutlichen, dass es oft Situationen gibt, in denen wir es uns leichter machen könnten. Heißt nicht, dass man immer den Weg des geringsten Widerstandes gehen soll: ABER: Im Alltag gibt es häufig Momente, in denen Menschen sich das Leben völlig unnötig schwermachen.

→ Wie kann man das im Alltag erreichen – mit den Gruppenteilnehmern sammeln!

- Pausen machen, Teilziele setzen, Informationen einholen / Fragen stellen, Hilfsmittel verwenden, Verantwortung abgeben, Hilfe in Anspruch nehmen

### 7. Hausaufgabe - Integration in den Alltag

Wichtig ist die Entscheidung jeden Tag oder jede Woche für sich zu sorgen. Diese Entscheidung steht für sich wichtig nehmen. Indem Sie dadurch immer wieder erfahren, wie Sie sich selbst und den eigenen Bedürfnissen Wert beimessen, wächst schließlich die Überzeugung wertvoll zu sein. Üben vergleichbar mit Zähneputzen - irgendwann soll Selbstfürsorge genauso automatisch ablaufen.

#### ❖ Den Patienten den „Vertrag-mit-sich-selbst“ austeilten:

Die Teilnehmer sollen sich jetzt wenigstens eine Sache aufschreiben, mit der sie für sich sorgen wollen und sich dies bis zur nächsten Sitzung vornehmen.

#### Vertrag mit sich selbst

Ich Sorge für mich, indem ich

- 1.
- 2.
- 3.

Ich verpflichte mich, in den nächsten Wochen an mindestens .... Tagen durch eine (oder mehrere) der oben genannten Aktivitäten für mich zu sorgen.

Dabei muss ich mit folgenden Hindernissen rechnen:

- a)
- b)
- c).

Ich verpflichte mich, mindestens ....% meiner Energie darin aufzuwenden, um Hindernisse aus dem Weg zu räumen.

#### ❖ Selbstfürsorge planen – „Die stille Viertelstunde“

Abends im Bett als Ritual den kommenden Tag vor dem inneren Auge ablaufen lassen: „Was werde ich alles tun? Wie wird der Tag ablaufen?“

Überlegen: Was werde ich morgen tun, um für mich zu sorgen? Wann kann ich das tun? Was muss ich im Laufe des Tages berücksichtigen, damit mir das gelingt.

#### ❖ Übung zum Energiekreis:

1. Teilen Sie Ihren Energiekreis in folgende Segmente ein.

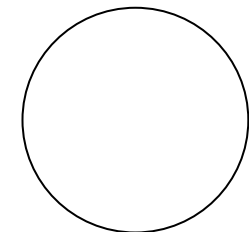
A: Arbeit, B: Soziales (Partner, Familie, Freunde), C: Eigenes (Zeit für sich, Freizeit), D: optionale Kategorie (z.B. Vereinstätigkeit)

2. Wie viel Ihrer Energie haben Sie in letzten Monaten/Jahren auf die einzelnen Bereiche verteilt?

3. Ist das gut so? Sollte das so sein?

Wie würden Sie es sich vielleicht wünschen?

Was muss man konkret ändern?



### 8. „Abschlussblitzlicht“

## Sitzung 6: Der „Innere Kritiker“

### Benötigte Flipcharts:

#### Flipchart 1: Sätze des inneren Kritikers

Du sollst...

Du musst...

Du darfst nicht....

#### Flipchart 2: Was macht der „Innere Kritiker“ mit uns? (Nachteile sehr hoher, evtl. unerreichbarer Anforderungen des inneren Kritikers mit der Gruppe sammeln)

- Entmutigung
- Hoffnung auf Entwicklung geht verloren, Hoffnungslosigkeit ...
- Stetiges Zweifeln am eigenen Können
- permanente Unzufriedenheit, da man Ziele nie erreicht
- Kränkung
- Keine Anerkennung bekommen
- Gefährdet unseren Selbstwert ...

Zu hohe/zu unrealistische Forderungen an die eigene Disziplin schwächen unseren Selbstwert!!

#### Flipchart 3: Strategien des „Inneren Kritikers“

1. unfaire Vergleiche mit anderen anstellen
2. mit zweierlei Maß messen
3. negative Gedanken anderer vorhersehen
4. übertriebene Verantwortung fordern
5. perfektionistische Ansprüche stellen
6. Positives externalisieren, Negatives internalisieren
7. Alles-oder-nichts-Denken
8. Generalisieren

### Ablauf der heutigen Sitzung

#### 1. „Blitzlichtrunde“

#### 2. Wiederholung der letzten Sitzung

- Gemeinsam mit den Teilnehmern die wichtigsten Inhalte der letzten Sitzung wiederholen: Was bedeutet „für-sich-sorgen“; warum ist es wichtig; was hat das mit unserem Selbstwert zu tun?
- Besprechung der Hausaufgabe („Vertrag-mit-sich-selbst“, Selbstfürsorge planen mit der „stillen Viertelstunde“)

#### 3. Einführung des „Inneren Kritikers“ (Flipchart 1)

→ In dieser Stunde wollen wir den Teil der Persönlichkeit kennenlernen, der extrem viel von uns fordert und uns manchmal auch daran hindert, wohlwollend mit uns selbst zu sein.

Gemeinsam mit der Gruppe werden anhand einer Beispielsituation typische Sätze des „Inneren Kritikers“ gesammelt.

*Beispielsituation:* „Stellen Sie sich vor, es ist Feierabendzeit und Sie wollen nach Hause gehen. Wenn Sie jedoch jetzt gehen, bleibt ein riesiger Stapel an Arbeit liegen. Kennen Sie eine solche oder ähnliche Situation? Was könnte Ihr „Innerer Kritiker“ jetzt sagen?“

Mögliche Sätze des inneren Kritikers:

- „Du darfst jetzt noch nicht gehen!“
- „Du musst das heute noch fertig bekommen!“ „Ich kann das unmöglich liegen lassen.“
- „Das schaffst du ja nie!“ „Wenn ich das nicht schaffe, denkt mein Chef ich bin ein Versager.“
- „Du bekommst ja gar nichts mehr auf die Reihe!“
- „Die andern kommen mit den Bergen an Arbeit wesentlich besser klar als ich!“
- „Mein Chef hätte das schneller erledigen können.“
- „Mein Kollege würde die Arbeit liegen lassen, der kann sich das aber auch leisten.“
- „Ich hätte meine Zeit besser einteilen müssen.“
- „Ich bin einfach eine Niete.“ ...

### Reflexionsfragen:

- Kennen Sie den inneren Kritiker?
- In welchen Situationen taucht er auf/könnte er noch auftauchen?  
(Lebens-) Bereiche, in denen sich der Kritiker einmischen kann: am Arbeitsplatz, im Haushalt, beim Essen, in der Freizeit, bei Sport und Bewegung, in Gesprächen mit bestimmten Personen, in Leistungssituationen, Aussehen, ...
- Wer oder was könnte der innere Kritiker bei Ihnen sein? Welchen Namen würde er bei Ihnen haben? („innerer Kritiker“, „Antreiber“, „Richter“, „Besserwisser“, „Schulmeister“, „strenger Lehrer“, „Nörgler“), Verwechslungen sollten ausgeschlossen werden, d.h. keine Namen einer Person, die Sie kennen.

### 4. Destruktive Rolle des Inneren Kritikers herausarbeiten (Flipchart 2)

Gemeinsam mit der Gruppe erarbeiten: Was fordert er von Ihnen? Was macht er mit uns? Bspw.:

- fordert extrem viel von uns
- macht Gesetze: legt fest, was gut und schlecht ist, richtig und falsch (erinnert an Instanz des Über-Ich), was zu tun und zu lassen ist
- macht uns aufmerksam auf alles, das nicht in Ordnung ist oder besser sein könnte
- hindert uns daran, wohlwollend mit uns selbst zu sein
- Entmutigung
- Hoffnung auf Entwicklung geht verloren, Hoffnungslosigkeit ...
- Stetiges Zweifeln am eigenen Können
- permanente Unzufriedenheit, da man Ziele nie erreicht
- Kränkung
- gefährdet unseren Selbstwert

Es ist schwierig, diesen Kritiker in uns von einem Tag auf den anderen ganz auszuschalten, aber wir können ihn zumindest versuchen, in den Hintergrund („an den Rand der Bühne“) zu drängen (Statisten-Rolle).

### 5. Mögliche Einwände aus der Gruppe aufgreifen

Bspw.:

„Wenn ich jetzt wohlwollend auf mich schaue, dann mache ich gar nichts mehr!“

„Hohe Ziele können doch Herausforderung und Ansporn sein!“

ABER: „Innerer Kritiker“ ≠ „Gesunder Ehrgeiz“

Es geht nicht um einen gesunden Ehrgeiz, sondern um überzogene, nicht erfüllbare Ansprüche/Forderungen und eine Härte und Strenge, die dem Selbstwert schadet!

Uneinlösbare Forderungen führen zu einer Art „innerer Revolte“ (man tut gar nichts mehr, verweigert). Dies führt zu Selbstabwertung („Ich habe versagt“, negative Attribuierung bzgl. Fähigkeiten, schadet einer der wesentlichen Säulen des Selbstwerts).

### 6. Strategien des inneren Kritikers (Flipchart 3)

Den Gruppenteilnehmern werden die nachstehenden Strategien des „Inneren Kritikers“ präsentiert. In Kleingruppen (bspw. 2er-Gruppen) sollen für die einzelnen Strategien Beispielsituationen und -sätze gefunden werden (etwa 10 min), die im Anschluss in der Großgruppe gesammelt werden.

#### Beispiele:

Strategie	Beispiel
Unfaire Vergleiche mit anderen anstellen	Mein <b>Chef</b> hätte diesen Kunden einfach abblitzen lassen und sich nicht weiter mit ihm herumgeärgert. Meine <b>Chefin</b> hätte dieses Problem in der Hälfte der Zeit gelöst.
Mit zweierlei Maß messen	Meine Freundin kann sich so einen Patzer leisten, die ist ja total souverän. Zur Freundin: das Essen versalzen, das kann doch jedem mal passieren! Zu sich: Das Essen ist versalzen – wie konnte mir das nur passieren?
Negative Gedanken anderer vorhersehen	Wenn ich den Vortrag nicht flüssig hinbekomme, denkt die Chefin, ich bin nicht vorbereitet. Wenn ich nicht pünktlich zu dem Termin erscheine, denken sie, das Thema ist mir nicht wichtig.
Perfektionistische Ansprüche stellen	Beim Geburtstag darf ich nur selbstgebackenen Kuchen reichen, ich kann unmöglich einen Kuchen vom Bäcker kaufen.
Positives externalisieren (jmd. anderen/ etwas anderem zuschreiben)	Wenn Ihnen etwas gelungen ist: „Ich habe Glück gehabt, es sind viele günstige Faktoren zusammengekommen. Das war Zufall.“
Negatives internalisieren (mir selbst zuschreiben)	Wenn Ihnen etwas misslungen ist: „Das hätte ICH besser vorbereiten müssen.“

Alles-oder-nichts-Denken	Wenn ich die Küche nicht komplett aufräume, brauche ich erst gar nicht anfangen. Wenn ich bei dem Fest nichts beitragen kann, brauche ich erst gar nicht hinzugehen.
Generalisieren	Wenn Ihnen ein Kundengespräch aus dem Ruder gelaufen ist: „Ich bin einfach unfähig zum Kundenkontakt.“ Wenn Ihnen der Schraubenzieher abbricht: „Ich bin eine technische Null.“

### 7. Was kann man tun, wenn die Messlatte zu hoch ist?

Gemeinsam mit den Teilnehmern die eigenen Ansprüche reflektieren:

Was können Sie tun, wenn Ihre eigenen Ansprüche zu hoch sind?

- hohe Messlatte behalten, mit Glück/enormer Anstrengung evtl. die Latte reißen
  - Messlatte tiefer legen, Ansprüche reduzieren → dann aber auch den Ansprüchen genügen, Idealvorstellungen herunterschrauben
- Für welche Strategie ich mich entscheide, ist von der Antwort auf folgende Fragen abhängig: Kann ich mich auch dann wertvoll und liebenswert finden, wenn ich hohe Erwartungen/Ziele nicht erreiche? Wenn ich weniger leiste? Dafür aber *nicht* dauernd an mein Limit gerade und dauernd unzufrieden bin?
  - Es geht nicht darum, jedes Streben nach Leistung oder das Erreichen von Zielen aufzugeben, sondern darum, das richtige Maß zu finden, Möglichkeiten auszuschöpfen und Grenzen anzuerkennen

### 8. Aktivierende Achtsamkeitsübung

„3-Bälle-Übung“ (man benötigt mind. 3 Bälle)

Diese Übung kann an dieser Stelle eingesetzt werden, um für etwas Auflockerung zu sorgen. Dabei werden alle Teilnehmer gebeten, sich im Kreis aufzustellen. Man beginnt nun mit einem Ball und wirft diesen stets in der gleichen Reihenfolge von Teilnehmer zu Teilnehmer, bis jeder den Ball einmal gehabt hat. Nach und nach können mehr Bälle ins Spiel gebracht werden, dabei muss jedoch die Reihenfolge stets eingehalten werden!

### 9. Hausaufgabe – den „Inneren Kritiker“ kennenlernen:

Zunächst ist es wichtig, die Kritikersätze kennen zu lernen. Die Teilnehmer werden gebeten, sich in der kommenden Woche in verschiedenen Alltagssituationen möglichst genau zu beobachten und darauf zu achten, wie sich der Kritiker einmischt.

Versuchen Sie während der Aufzeichnungen zu überlegen:

- Welche Kommentare gibt Ihr innerer Kritiker ab?
- Handelt es sich bei den Kommentaren um hilfreiche und unterstützende Worte? Oder sind sie eher nicht hilfreich und entmutigend?
- Welche Sätze tauchen immer wieder auf? Welche Ansprüche hat Ihr Kritiker?  
Bsp.: „Nimm dich nicht so wichtig!“ „Das war doch selbstverständlich, das müsstest du eigentlich ohne Probleme schaffen!“

### 10. „Abschlussblitzlicht“

## Sitzung 7: Der „Wohlwollende Begleiter“

### Benötigte Flipcharts:

#### **Flipchart 1: Mutsätze**

Du kannst Dich auf Dich verlassen! Vertraue Dir, Du machst das gut!  
Du findest eine Lösung!  
Jeder kleine Schritt zählt!  
Du kannst Dir Unterstützung holen!  
Du musst nicht alles alleine machen!  
Diese Aufgabe kannst Du schaffen!  
Das kannst Du gut genug!  
Dieser Anforderung bist Du gewachsen!  
Du kannst Dich Dir selbst anvertrauen!  
Du schaffst das!  
Beginne mit einem kleinen Schritt!  
Du kannst diese Aufgabe meistern!  
Du findest einen Weg!

### Ablauf der heutigen Sitzung

#### 1. „Blitzlichtrunde“

#### 2. Wiederholung der letzten Sitzung

- Gemeinsam mit den Teilnehmern die wichtigsten Inhalte der letzten Sitzung wiederholen: Was ist der „Innere Kritiker“, welche Bedeutung hat er für unseren Selbstwert, was macht er mit uns?

Besprechung der Hausaufgabe (Den eigenen „Inneren Kritiker“ kennenlernen und typische Sätze sowie Situationen identifizieren)

#### 3. Einführung des „Wohlwollenden Begleiters“

*Imaginationsübung: „Besuch der besten Freundin“:*

*An Tagen, an denen wir nicht besonders gut gelaunt sind, an denen wir kein gutes Haar an uns lassen und uns selbst schlechtmachen, würde ein sehr guter Freund oder eine sehr gute Freundin uns sehr hilfreich sein. Diese Person würde uns bei der Hand nehmen, in eine gemütliche Ecke führen und uns gut zureden. Sie würde beispielsweise sagen, dass heute ein besonders anstrengender Tag war, würde uns vor Augen führen, wie viel wir heute schon geschafft haben und uns sagen, wie gut*

*sie uns findet. Unsere Laune würde nach einer Weile wahrscheinlich besser werden und wir wären optimistischer.*

- Was würde diese gute Freundin / dieser gute Freund sagen?
- Leider tauchen solche guten Geister nicht immer auf, wann wir sie brauchen. Sich auf sie zu verlassen, und darauf zu warten, dass andere unseren Selbstwert stärken, wäre auch keine gute Lösung.
- Wir müssen das Wohlfühlen für uns selbst aufbringen. Wir müssen uns selbst den liebevollen Blick schenken. Auch dann, wenn es schwerfällt, auch wenn es Gegenargumente hagelt. Das bedeutet daran zu arbeiten, sich selbst gegenüber eine positivere Haltung einzunehmen als bisher.

→ Die wichtigste Aufgabe, die der wohlwollende Begleiter nach und nach in Ihrem Leben erhalten kann, ist Sie zu loben und Sie zu ermutigen, auf Ihrem Weg weiterzugehen, d.h. handlungsfähig zu bleiben! Dabei können *Sätze zur Ermutigung*, wie sie eben wohlwollende Begleiter oder Trainer oder auch Lehrer in ihrem Repertoire haben, besonders wichtig sein.

#### 4. Mutsätze sammeln (Flipchart 1)

Gemeinsam mit den Teilnehmern Mutsätze sammeln.

Bspw.:

Du kannst Dich auf Dich verlassen! Vertraue Dir, Du machst das gut!  
Du findest eine Lösung!  
Jeder kleine Schritt zählt!  
Du kannst Dir Unterstützung holen!

→ Wichtigkeit des Übens betonen!

Am Anfang wird die Stimme des wohlwollenden Begleiters eher dünn und leise sein, wird vielleicht hinter dem Lärm der Selbstzweifel und der Selbstkritik kaum zu hören sein. Ein Musiker beschrieb mir das einmal so. „Mein wohlwollender Begleiter ist wie die Melodie der Querflöte. Eigentlich ist sie wunderschön anzuhören, aber gemessen an den Trompeten und Posaunen, die in dem Orchester im Moment auch spielen einfach zu wenig einflussreich. Wie schon bei der Achtsamkeit geht es auch diesmal darum, durch erhöhte Achtsamkeit für diese Seite in Ihnen, tagtäglich Wohlfühlen sich selbst gegenüber zu lernen. Sätze, wie „das geht bestimmt schief, das schaffe ich nie und nimmer“ sind viel leichter in unseren Köpfen zu finden, als Sätze, die uns Mut machen. Sich selbst mit solchen Sätzen zu unterstützen, ist harte Arbeit und zunächst ungewohnt. Das geht nicht nebenher, besonders, wenn man keine Übung darin hat. Es ist wichtig, nicht aufzugeben „dran zu bleiben“ und vor allem nicht zu viel von sich erwarten.

**5. Eigenen Mutsatz aufschreiben lassen!**

- Jeder Teilnehmer wird gebeten, wenigstens einen der gesammelten Sätze, der ihn besonders anspricht, auf eine Karteikarte zu schreiben.

**6. Vorbehalte und Widerstände in der Gruppe besprechen:**

- Vielleicht kennen Sie Gedanken wie: „Es gibt nichts Positives an mir. Andere, die an mir etwas positives Finden, irren sich, die lassen sich täuschen.“ Dies nennt man den Teufelskreis der Selbstentwertung:
- Diesen Teufelskreis kann nur die Person selbst unterbrechen, die in ihm steckt. Denn alles was von außen kommt, hilft nur kurzfristig und kann Gedanken, wie „ich kann das nicht“ nicht durchbrechen.
- Es kann nur jeder selbst entscheiden den Schritt aus dem Teufelskreis zu machen und an der Stelle der Selbstentwertung von jetzt an das Wohllollen zu setzen.

**7. Hausaufgabe besprechen / Handout austeilen**

Die Teilnehmer haben die Wahl, wenigstens eine der folgenden Aufgaben bis zur nächsten Sitzung auszuprobieren:

1. Sich Begleiter suchen, mitbringen, oder davon erzählen.
2. Reservieren Sie für Ihren wohlwollenden Begleiter eine Viertelstunde, besser noch eine halbe wenn Sie es irgendwie einrichten können. Wenn es jeden Tag klappt - wunderbar, wenn das unrealistisch ist, legen Sie mind. einen Termin pro Woche fest, der wirklich verlässlich ist. In dieser Zeit lassen Sie sich von ihrem wohlwollenden Begleiter erzählen, was er im Lauf des vergangenen Tages oder der vergangenen Tage beobachtet hat, während er Sie begleitet hat.
3. Wählen Sie einen Satz Ihres liebevollen Begleiters aus, der Ihnen besonders gut gefällt. Nehmen Sie sich die Zeit für diesen Satz eine passende Postkarte zu finden und ihn draufzuschreiben. Stellen Sie diese Karte als sichtbares Zeichen Ihres liebevollen Begleiters in der Klinik oder in Ihrer Wohnung auf.

**8. „Abschlussblitzlicht“**

## **Sitzung 8: Übungs- und Abschlusssitzung**

### **Benötigte Flipcharts:**

#### **Flipchart 1: „Busfahrerübung“**

...

#### **Flipchart 2: Notfallplan zur Rückfallprophylaxe**

- \* Schatzkiste füllen mit eigenen positiven Eigenschaften, mit positivem Feedback von Freunden oder aus der Gruppe, mit Aufzeichnungen vom wohlwollenden Begleiter
- \* Eigene Lebenserfahrungen wertschätzen (wie habe ich bisher schwierige Situationen gemeistert?)
- \* Stärkende Rituale festlegen (5 Minuten Stille/Meditation, regelmäßig zum Sport, eine tägliche Teepause oder ähnliches)
- \* Energie-Tankstellen einrichten (Energiereserven überprüfen und Tankstellen festlegen und aufschreiben, z.B. kleine Ruheoasen, positive Aktivitäten)
- \* Energie sparen
- \* Notbremse ziehen (Krankschreiben etc.)

### **Ablauf der heutigen Sitzung**

#### **1. „Blitzlichtrunde“**

#### **2. Wiederholung der letzten Sitzung**

- Gemeinsam mit den Teilnehmern die wichtigsten Inhalte der letzten Sitzung wiederholen: Was ist der „Wohlwollende Begleiter“ und was ist seine Aufgabe, was kann schwierig sein?
- Besprechung der Hausaufgabe (Ist es Ihnen gelungen, einen wohlwollenden Begleiter zu wählen, ein „Date“ mit ihm zu haben, einen Satz auf eine Postkarte zu schreiben und für sich sichtbar zu platzieren?)

#### **3. Gruppenübung: „Busfahrerübung“ zum „Inneren Kritiker“ und „Wohlwollenden Begleiter“**

##### **Einführung:**

- Ziel ist es, dem inneren Kritiker und wohlwollendem Begleiter eine Stimme zu geben und mal zu erfahren, wie sich das anfühlt.
- Übung ist freiwillig; es muss keiner nach vorne

##### **Teil 1 – der „Innere Kritiker“**

1. Zunächst wird ein Patient gesucht, welcher den Busfahrer spielen möchte. Dieser soll ein aktuelles Ziel benennen (z.B.: gute Mutter sein), das Ziel wird vor ihm auf

ein Flip-Chart geschrieben, er sitzt selbst mit einem Stuhl vor dem Flip-Chart (übrige Personen sitzen nicht in seinem Blickfeld, sondern hinter ihm)

2. Nun wird gemeinsam überlegt (Fokuspatient darf beginnen), was ein innerer Kritiker passend zum Ziel sagen könnte. Wenn ein Satz des Kritikers formuliert wurde (z.B. „Du schaffst es nicht“) stellt sich ein anderer Patient hinter den Fokuspatienten als „Beifahrer“ und sagt den Satz.
3. Nach und nach stellen sich weitere Patientin mit weiteren Sätzen hinzu (ca. 8). Alle Patienten reden etwa 30-50 Sek. nacheinander ihre jeweiligen Sätze. Die Therapeuten können auch gern Mitfahrer spielen und einen Satz sagen.
4. Im Anschluss wird der Patient gebeten, zu erzählen, wie es ihm ergangen ist. Dabei sollte v.a. auf Körper, Gefühle, Gedanken geachtet werden. Auch die Teilnehmer, die die Sätze gesagt haben, sowie diejenigen, die Beobachter waren, werden gebeten, eine Rückmeldung zu geben.

##### **Ziel der Übung:**

Der Patient soll erfahren, dass es wichtig ist nach vorn zu schauen und sich nicht zu den Stimmen des inneren Kritikers (den „Beifahrern“) umzudrehen. Denn dann würde er sein Ziel aus den Augen verlieren. (Dreht der Patient sich um → fragen, was so passieren würde und wie er anders handeln könnte; fährt der Patient weiter/schaut nach vorn → loben, dass er sein Ziel vor Augen behält und den Stimmen keinen Raum gibt)

##### **Teil 2 – der „wohlwollende Begleiter“**

1. Der Fokuspatient nimmt wieder vor seinem Ziel Platz. Diesmal werden Mutsätze gesammelt.
2. Andere Patienten stellen sich wieder hinter den Fokuspatienten und nennen nacheinander die gesammelten Mutsätze.
3. Im Anschluss wird der Patient gebeten, zu erzählen, wie es ihm ergangen ist. Dabei sollte v.a. auf Körper, Gefühle, Gedanken geachtet werden. Auch die Teilnehmer, die die Sätze gesagt haben, sowie diejenigen, die Beobachter waren, werden gebeten, eine Rückmeldung zu geben.

#### **4. Übung zur Wirkung verschiedener Überzeugungen auf den Körper**

siehe: Therapeutische Schätze II, S.208

→ Auf Körper, Gedanken und Gefühle achten!

#### **5. Notfallplan zur Rückfallprophylaxe (Flipchart 2)**

Der Notfallplan wird den Teilnehmern vorgestellt.

Hilfreiche (Notfall-)Nummern werden ausgeteilt.

### **6. Eine eigene „Schatzkiste“ füllen**

#### Schatzkiste

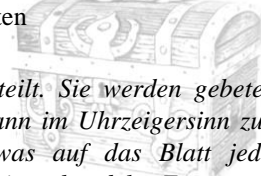
- Echte Schatzkiste suchen oder vorstellen
- Schatzkiste fühlen mit persönlichen Stärken, Entdeckungen und Erfahrungen (wohlwollender Begleiter, Mutmachsätze usw.), Aktivitäten
- Erstes Stück in der Schatzkiste aus Übung:

*Den Teilnehmern werden die „Schatzkisten“-Blätter ausgeteilt. Sie werden gebeten, ihren Namen oben auf das Blatt zu schreiben und dieses dann im Uhrzeigersinn zum nächsten Teilnehmer weiterzureichen. Jeder soll nun etwas auf das Blatt jedes Teilnehmers schreiben. Dabei soll es sich nur um positive Dinge handeln. Etwas, was einem am anderen gefallen hat oder einfach nur einen guten Wunsch. Auf diese Art und Weise bekommt jeder einen Zettel zurück mit lauter schönen Komplimenten und Einschätzungen. Die Teilnehmer können diesen Zettel entweder gleich im*

*Anschluss lesen oder aufheben. Dies ist ein schönes erstes Stück für die Schatzkiste.*

### **7. „Abschlussblitzlicht“**

In der letzten Abschlussrunde kann nun ausführlicher über die Erfahrungen in der Gruppe gesprochen werden. Schön ist es, wenn man hierbei auch ein paar Süßigkeiten herumgehen lässt.



### **Literaturangaben:**

- Berking, M. (2010). *Training emotionaler Kompetenzen* (2. Auflage). Springer.
- Fliegel, S., & Kämmerer, A. (2007). *Therapeutische Schätze I*. Dgvt-Verlag.
- Fliegel, S., & Kämmerer, A. (2009). *Therapeutische Schätze II*. Dgvt-Verlag.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An Experimental Approach to Behavior Change*. New York: The Guilford Press.
- Maslow, A. H. (1943). A theory of human motivation. *Psychological Review*, 50(4), 370-396. doi:10.1037/h0054346
- Potreck-Rose, F. (2009). *Von der Freude, den Selbstwert zu stärken*. 5. Auflage. Klett-Cotta.
- Potreck-Rose, F., & Jacob, G. (2008). *Selbstzuwendung Selbstakzeptanz Selbstvertrauen. Psychotherapeutische Intervention zum Aufbau von Selbstwertgefühl*. 5. Auflage. Klett-Cotta.



## 8 Danksagung

Ein besonderes Dankeschön gilt an dieser Stelle denjenigen, die mich im Vorfeld und im Verlauf bei der Fertigstellung dieser Dissertation unterstützt, motiviert und gefördert haben:

Mein Dank gilt zunächst *Herrn Prof. Dr. Frank Padberg*, meinem Doktorvater, für die Betreuung dieser Arbeit, die wohlwollende Hilfe sowie seine Ideengebung, die mir einen kritischen Zugang zu dieser Thematik eröffnete.

Besonders danke ich *Frau Dr. Nina Sarubin* für ihre äußerst motivationsfördernde Betreuung, ihr unermüdliches Engagement, ihre jederzeit sofortige Erreichbarkeit sowie ihre beträchtliche Unterstützung und Hilfestellung.

Des Weiteren möchte ich mich herzlich bei *Frau Dr. Aline Übleis* bedanken, die mir die Möglichkeit gab, dieses spannende Thema der Evaluation der Selbstwertgruppe selbst zu wählen und durchzuführen.

Ebenso möchte ich *Herrn Stefan Goerigk* und *Herrn Dr. Sven Hilbert* für die sehr hilfreiche Unterstützung und kritische Auseinandersetzung mit meinen Daten und Ergebnissen danken.

Sehr danke ich beiden Doktorandinnen im gemeinsamen Studienprojekt, wodurch die Durchführung der Studie erleichtert wurde und mit denen mir die Arbeit immer wieder Freude bereitet hat: *Christin Schumann*, auf die mich als Mitdoktorandin und Freundin jederzeit verlassen konnte und *Lena Erfurt* für die gute und sehr konstruktive Zusammenarbeit. Auch *Jana Karmainski* danke ich an dieser Stelle für ihr allzeit offenes Ohr als wundervolle Kollegin und Freundin.

Unendlich dankbar bin ich meinem Ehemann, *Dr. Jonathan Nadjiri*, für seine unglaublich große Liebe, seine Fürsorge, Unterstützung, Zuverlässigkeit und Geduld, seinen mir imponierenden Ehrgeiz, sein großes Verständnis und den Halt, den er mir gibt. Auch meine Schwiegereltern, *Dr. Salamon und Gabriele Nadjiri*, die ich sehr schätze, schließe ich in meinen Dank ein.

Danke an meine liebe Schwester, *Christina Everinghoff*, mit welcher ich so viele schöne Erinnerungen teile, auf die ich mich immer verlassen kann und die mich mit auf den Weg brachte, den ich bisher gegangen bin.

Mein ganz besonderer Dank gilt meinen Eltern, *Elisabeth und Franz Gärke*, die immer für mich da sind und hinter mir stehen, mich und meine Entscheidungen in jeglicher Form unterstützen und mir meinen bisherigen Lebensweg ermöglichten.

## Eidesstattliche Versicherung

Nadjiri, Annekatrin

Name, Vorname

Ich erkläre hiermit an Eides statt,

dass ich die vorliegende Dissertation mit dem Thema

### **Veränderung und Zusammenhang von Depression und Selbstwert im Rahmen einer kognitiv-verhaltenstherapeutischen Selbstwertgruppe**

selbständig verfasst, mich außer der angegebenen keiner weiteren Hilfsmittel bedient und alle Erkenntnisse, die aus dem Schrifttum ganz oder annähernd übernommen sind, als solche kenntlich gemacht und nach ihrer Herkunft unter Bezeichnung der Fundstelle einzeln nachgewiesen habe.

Ich erkläre des Weiteren, dass die hier vorgelegte Dissertation nicht in gleicher oder in ähnlicher Form bei einer anderen Stelle zur Erlangung eines akademischen Grades eingereicht wurde.

München, den 11.06.2018

Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Doktorandin/Doktorand